



Titre: La réingénierie des processus de soins : une application à l'Hôpital
général juif - Sir Mortimer B. Davis

Auteur: Yanaï Elbaz
Author:

Date: 1996

Type: Mémoire ou thèse / Dissertation or Thesis

Référence: Elbaz, Y. (1996). La réingénierie des processus de soins : une application à
l'Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis [Mémoire de maîtrise, École
Citation: Polytechnique de Montréal]. PolyPublie. <https://publications.polymtl.ca/8985/>

 **Document en libre accès dans PolyPublie**
Open Access document in PolyPublie

URL de PolyPublie: <https://publications.polymtl.ca/8985/>
PolyPublie URL:

**Directeurs de
recherche:**
Advisors:

Programme: Non spécifié
Program:

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

**LA RÉINGÉNIERIE DES PROCESSUS DE SOINS: UNE APPLICATION À
L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF - SIR MORTIMER B. DAVIS**

YANAI ELBAZ

**DÉPARTEMENT DE MATHÉMATIQUES ET DE GÉNIE INDUSTRIEL
ÉCOLE POLYTECHNIQUE DE MONTRÉAL**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ EN VUE DE L'OBTENTION
DU DIPLOME DE MAÎTRISE ÈS SCIENCES APPLIQUÉES
(GÉNIE INDUSTRIEL)**

DÉCEMBRE 1996



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-26468-8

Canada

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

ÉCOLE POLYTECHNIQUE DE MONTRÉAL

Ce mémoire intitulé:

**LA RÉINGÉNIERIE DES PROCESSUS DE SOINS: UNE APPLICATION À
L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF - SIR MORTIMER B. DAVIS**

présenté par: ELBAZ Yanai

en vue de l'obtention du diplôme de: Maîtrise ès sciences appliquées

a été dûment accepté par le jury d'examen constitué de:

Mme LAPIERRE Sophie, Ph.D., présidente

M. GODARD Mario, M.Sc., membre et directeur de recherche

Mme DESCHAMPS Isabelle, DBA., membre

À mon père, pour m'avoir tracé le chemin.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier très sincèrement Mario Godard, mon directeur de recherche, pour son dévouement, ses conseils judicieux et son support durant la réalisation de mes études de maîtrise.

J'aimerais exprimer ma vive gratitude à Mikhaël Elbaz, mon père, qui m'a inspiré, guidé et soutenu financièrement tout au long de ma trajectoire universitaire. De plus, je tiens à le remercier pour son support moral et sa persistance à m'encourager à me dépasser dans ce que j'entreprends. Je voudrais également exprimer ma très profonde reconnaissance à Ruth Murbach, pour ses fructueux conseils, son écoute et ses encouragements.

Qu'il me soit également permis de remercier toutes les personnes de l'Hôpital Général Juif qui ont contribué à la réalisation de ce projet de recherche et pour l'aide qu'elles m'ont apportée tout au long de cette maîtrise.

Pour avoir bien voulu examiner ce travail et me faire l'honneur de participer au jury, j'adresse mes vifs remerciements à madame Sophie Lapierre, professeur au département de mathématiques et de génie industriel de l'École Polytechnique et à madame Isabelle Deschamps, professeur au département de gestion des opérations et de la production de l'École des Hautes Études Commerciales.

RÉSUMÉ

Une restructuration du secteur de la santé se trame au cours des dernières années avec la crise financière de l'État providence. Les hôpitaux doivent apprendre à repenser leur modèle de gestion afin de composer avec les impératifs et les contraintes budgétaires qui leur sont imposées. Ils doivent tenter de maintenir, voire d'améliorer, la qualité et l'accessibilité des soins aux patients avec une meilleure gestion des ressources. La réingénierie des processus de soins est une avenue de réorganisation qui a récemment été implantée dans le système de santé américain. Ce mémoire expose l'applicabilité de ce modèle de soins, nommément, l'hôpital centré sur le patient, dans l'environnement d'un hôpital québécois administré avec des contraintes tant syndicales, politiques que financières du système de santé canadien.

Ce mémoire a pour objectif de constituer une structure hospitalière repensée et réorganisée selon un modèle de soins orienté vers les besoins du patient. Cette étude cherche à analyser et concevoir un modèle de gestion qui permettra à une unité de soins pilote de fonctionner d'une façon autonome. L'unité de soins réorganisée constituera un mini-hôpital avec des patients à diagnostics similaires et apte à administrer la majorité des soins requis. Ce mode de gestion a aussi pour objectif d'assurer que les soins aux patients soient intensifiés, personnalisés et continus.

De plus, cette reconception hospitalière a pour objectif de réduire les coûts de l'organisation des soins. Enfin, le but de ce mémoire consiste à réorganiser le modèle

de soins afin de rationaliser la durée d'hospitalisation des patients.

L'analyse de cas a été réalisée grâce à un protocole d'observation des processus de soins aux patients dans une unité de soins. L'enquête a permis d'obtenir des résultats qualitatifs et quantitatifs sur les processus et activités d'administration des soins.

Ces résultats ont effectivement permis de proposer des stratégies de réorganisation. Ainsi, les hôpitaux québécois peuvent certes implanter certaines approches préconisées par le modèle de l'hôpital centré sur le patient, tandis que d'autres dimensions du modèle ne peuvent l'être en raison des contraintes syndicales et financières. Les résultats de l'étude révèlent qu'une reconception assez radicale du modèle de soins actuel permettrait d'améliorer la continuité et le temps direct de soins aux patients. Le modèle de l'hôpital centré sur le patient repose sur quatre piliers. Les résultats concernant le regroupement de clientèles sont concluants à l'exception de certaines complications liées à la relocalisation de quelques services auxiliaires dont les équipements sont dispendieux et les tâches très spécialisées. L'application du deuxième pilier, la décentralisation des activités de soins est réalisable pour les services de support, administratifs et une partie des services auxiliaires.

En effet, certains services administratifs spécialisés, tels que la radiologie, les laboratoires et les équipes de soins spécialisées sont source d'obstacles, financiers, ou institutionnels qui entravent une décentralisation complète. Enfin, les soins multidisciplinaires et orientés vers le patient peuvent être implantés à l'Hôpital Général

Juif. Une gestion souple des relations humaines sera impérative à cette dynamique pour contrer les résistances et l'anomie du personnel. De plus, l'étude discerne plusieurs facteurs de réingénierie des soins qui permettraient effectivement de réduire la durée de séjour des patients. En effet, l'étude atteste qu'une réduction potentielle de 15.5% de la durée de séjour des patients pourrait être réalisée avec une réingénierie des soins. Enfin, l'analyse financière d'implantation de ce projet de réorganisation est concluante puisqu'elle pourrait être financée en cinq ans par l'Hôpital Général Juif.

L'application du modèle de l'hôpital centré sur le patient à l'Hôpital Général Juif de Montréal demeure virtuelle bien que souhaitable car une telle approche pourrait réhumaniser les soins sans nécessairement porter atteinte à l'autonomie des soignants.

ABSTRACT

A restructuring in the health care sector has taken place in the last years due to the financial crisis of the welfare state. Hospitals must learn to rethink their management models in order to operate with imposed budgetary constraints. The reengineering of health care processes is a path to reorganization which has recently been implemented in the American health care system. Hospitals should be aiming to maintain, even improve access to patient care while improving the management of their resources. This thesis exposes on the application of such a health care model, called patient focused care, in the environment of a Quebec hospital administered with the political, financial, and union constraints typical to the Canadian health care system.

The objective of this thesis is to establish, rethink and reorganize a hospital structure based on the model of patient focused care. This study has the further objective to create a management model for a pilot nursing unit which would operate autonomously. The reorganized health care unit will be a mini-hospital, with patients with similar diagnoses and capable of administrating the majority of care required. The research tries to develop a management model enabling intensified, personalized and continuous health care services to the patient. In addition, this hospital restructuring has as an objective to reduce the organization's cost of care. The final goal of the thesis is to reorganize the existing health care model in order to reduce the length of hospitalization of patients.

The research method was based on an observation protocol of all the health care processes in a pilot nursing unit. This investigation permitted the obtaining of qualitative and quantitative results on the health care processes and activities.

The results have permitted the proposal of reorganizational strategies. Thus, Quebec hospitals can certainly implement some approaches advocated by the model of patient focused care, while other dimensions can not be realized, due to financial and union constraints. The results of the study reveal a radical redesign of the actual health care model might improve the continuity of and the amount of time for direct patient care. The model of patient focused care is based on four principles. The results concerning the grouping of clients is conclusive to the exception of certain complications linked to the relocation of several auxiliary services with expensive equipment and very specialized work tasks. The application of the second principle, the decentralization of health care activities, is realizable for support and administrative services, and partially for auxiliary services.

In fact, certain specialized administrative services, such as radiology, the laboratories and teams of specialized services, are a source of obstacles, financial or institutional that impede a complete decentralization. Finally, the multidisciplinary care that is patient oriented can be implemented at the JGH. A soft management approach towards human relations will be necessary for this dynamic transition in order to negate the resistance and anomie of the personnel. In addition, the study discerns various reengineering of care factors that would permit to effectively reduce the length of stay of patients.

In fact, the study shows that a reduction of 15.5% of the patient length of stay could be potentially realized with a reengineering of care. Finally, the financial analysis of implementing this reorganization is conclusive since it could be financed within five years by the Jewish General Hospital. The application of the model of patient focused care at the Jewish General Hospital of Montreal remains virtual although wishfull since this approach can humanize patient care without necessarily affecting the autonomy of the care givers.

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE	iv
REMERCIEMENTS	v
RÉSUMÉ	vi
ABSTRACT	ix
TABLE DES MATIÈRES	xii
LISTE DES TABLEAUX	xvi
LISTE DES FIGURES	xvii
LISTE DES SIGNES ET ABRÉVIATIONS	xviii
LISTE DES ANNEXES	xix
 INTRODUCTION	 1
CHAPITRE I: PROBLÉMATIQUE	3
1.1 Introduction	3
1.2 Définition du concept de la réingénierie des processus	4
1.3 Principes stratégiques et étapes de réalisation de la réingénierie	6
1.4 La réingénierie des processus du milieu hospitalier	7
1.5 Modèle de l'hôpital centré sur le patient	12
1.5.1 Regroupement des patients ayant des besoins similaires	15
1.5.2 Décentralisation des activités de soins	18
1.5.3 Services de support	26
1.5.4 Services administratifs	26
1.5.5 Services auxiliaires	27
1.6 Formation d'équipes multidisciplinaires d'administration des soins	33
1.7 Restructuration et simplification des processus de soins	40
1.8 Réduction du temps du cycle de traitement	43
1.9 Implantation du modèle de l'hôpital centré sur le patient	48
1.9.1 Gestion du paradigme du changement organisationnel	50

CHAPITRE II: ÉTUDE DE LA SITUATION ACTUELLE DE L'ADMINISTRATION DES SOINS AUX PATIENTS

	53
2.1 Introduction	53
2.2 Population desservie à l'HGJ et catégorisation des patients	54
2.3 Processus d'admission des patients	55
2.3.1 Admission par le service de l'admission	55
2.3.2 Admission par le service de l'urgence	56
2.4 Présentation de l'unité de soins pilote 7 ouest	59
2.4.1 Principaux types de patients traités	59
2.4.2 Composition et structure organisationnelle	59
2.4.3 Moyens d'information et de communication	61
2.4.4 Systèmes de documentation	63
2.5 Services auxiliaires	64
2.5.1 Service de radiologie	64
2.5.2 Service de laboratoire	66
2.5.3 Service de pharmacie	69
2.5.4 Service de thérapie respiratoire	71
2.5.5 Service de thérapie physique	72
2.5.6 Service des intraveineuses	73
2.5.7 Service de diététique	73
2.5.8 Service d'électrocardiogrammes	74
2.6 Équipes des soins spécialisés	74
2.7 Services de support	76
2.7.1 Service de l'entretien sanitaire	77
2.7.2 Service de diététique	77
2.7.3 Autres services de support	77
2.8 Services administratifs	78
2.8.1 Service des archives médicales	78
2.8.2 Service de l'admission	79
2.9 Processus de départ	79
2.10 Durée de séjour d'hospitalisation	80

CHAPITRE III: L'ÉCHANTILLONNAGE, LE PROTOCOLE DE RECHERCHE ET LES DONNÉES RECUEILLIES	81
3.1 Introduction	81
3.2 Protocole de recherche	81
3.3 Présentation des données recueillies	84
3.3.1 Détermination de la population et de l'échantillon	84
3.3.2 Validation statistique des échantillons observés	86
3.3.2.1 Distribution du t de Student	87
3.3.2.2 Définition des variables	87
3.3.3 Analyse des résultats statistiques	91
3.4 Analyse des principaux services auxiliaires utilisés	95
3.5 Étude du nombre de prélèvements sanguins	98
3.6 Étude des principales causes de retards du départ de patients	98
3.7 Conclusion	101
 CHAPITRE IV: LA RÉINGÉNÉRIE DE L'ADMINISTRATION DES SOINS	 102
4.1 Introduction	102
4.2 L'unité pilote et le modèle de l'hôpital centré sur le patient	103
4.3 Regroupement des patients ayant des besoins similaires	103
4.3.1 Regroupement et aménagement physique de l'unité pilote	106
4.3.2 Relocalisation des services auxiliaires	111
4.4 Décentralisation des activités de soins	112
4.4.1 Services de support	112
4.4.1.1 Service de l'entretien ménager	112
4.4.1.2 Service de diététique	115
4.4.2 Services administratifs	115
4.4.2.1 Service de l'admission	115
4.4.2.2 Service des archives médicales	116

4.4.3	Services auxiliaires	118
4.4.3.1	Service de thérapie respiratoire	118
4.4.3.2	Service de thérapie physique	120
4.4.3.3	Service d'électrocardiogrammes	121
4.4.3.4	Service des intraveineuses	122
4.4.3.5	Équipes de soins spécialisés	124
4.4.3.6	Service de diététique	124
4.4.3.7	Service de pharmacies satellites	125
4.4.3.8	Service de laboratoire	126
4.4.3.9	Service de radiologie	130
4.5	Formation d'équipes multidisciplinaires d'administration des soins	131
4.5.1	Équipe de soins composée d'une infirmière et d'un partenaire de support	133
4.5.2	Équipe de soins composée de deux infirmières	134
4.5.3	Réorganisation des horaires de travail	138
4.5.4	Redistribution des patients	140
4.6	Restructuration et simplification des processus de soins	141
4.6.1	Informatisation	141
4.7	Réorganisation de la structure budgétaire	144
4.8	Réduction de la durée de séjour d'hospitalisation	146
4.8.1	Détermination du potentiel de réduction de la durée de séjour	148
4.9	Évaluation des coûts d'implantation du modèle de réingénierie	154
4.10	Implantation du modèle de l'hôpital centré sur le patient	156
	CONCLUSION	159
	RÉFÉRENCES	162
	ANNEXES	175

LISTE DES TABLEAUX

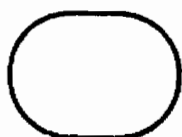
Tableau 1.1:	Personnel soignant entraîné pour fournir la majorité des services auxiliaires	30
Tableau 1.2:	Nombre de personnes interagissant avec le patient (quatre jours d'hospitalisation)	35
Tableau 1.3:	Tâches des généralistes cliniques	38
Tableau 1.4:	Tâches des généralistes administratifs	39
Tableau 1.5:	Tâches des généralistes de support	39
Tableau 2.1:	Équipe de soins de l'unité 7 ouest	62
Tableau 3.1:	Analyses statistiques de données; des patients à diagnostics gastriques	89
Tableau 3.2:	Analyse statistiques de données; des patients à diagnostics pulmonaires	90
Tableau 3.3:	Répartition des catégories d'âge	94
Tableau 3.4:	Utilisation des services auxiliaires; patients à diagnostics pulmonaires	96
Tableau 3.5:	Utilisation des services auxiliaires; patients à diagnostics gastriques	97
Tableau 3.6:	Compilation du nombre et du pourcentage de départs en retards	99
Tableau 3.7:	Raisons des départs de patients en retards	100
Tableau 4.1:	Protocole d'admission des patients du 7 pilote	105
Tableau 4.2:	Services utilisateurs du système de tube pneumatique	129
Tableau 4.3:	Modèle de l'hôpital centré sur le patient: facteurs de réduction de la durée de séjour d'hospitalisation	149
Tableau 4.4:	Évolution des durées de séjour à l'hôpital	151
Tableau 4.5:	Impacts du modèle de l'hôpital centré sur le patient sur la durée de séjour	153
Tableau 4.6:	Grille d'évaluation des coûts d'implantation du modèle de l'hôpital centré sur le patient	155

LISTE DES FIGURES

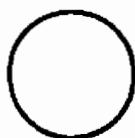
Figure 1.1:	Structure des coûts des hôpitaux	10
Figure 1.2:	Répartition des temps de travail avant restructuration	10
Figure 1.3:	Répartition des temps de travail après restructuration	11
Figure 1.4:	Structure d'une unité de soins réorganisée	13
Figure 1.5:	Décentralisation des services auprès des unités de soins	23
Figure 1.6:	Décentralisation des services auprès des unités de soins	24
Figure 1.7:	Décentralisation et centralisation; une réduction radicale des étapes et des intervenants	25
Figure 1.8:	Temps de déplacement du personnel des services auxiliaires	28
Figure 1.9:	Raisons pour traitements différés	29
Figure 1.10:	Thérapie respiratoire; les traitements différés par tentative de soins	29
Figure 1.11:	Dispersion du temps des infirmières; communication, coordination de différentes activités	34
Figure 1.12:	Répartition du temps des employé(e)s; les trois-quarts ne sont pas des activités de soins directes aux patients	35
Figure 1.13:	Principales causes de délais	45
Figure 1.14:	Principaux goulots des services dans un hôpital	46
Figure 1.15:	Méthode d'implantation d'un projet de réingénierie	49
Figure 2.1:	Flux de traitement d'un patient à l'urgence	57
Figure 2.2:	Flux de traitement d'un patient pour une radiologie	67
Figure 2.3:	Flux de traitement d'un échantillon sanguin	70
Figure 4.1:	Aménagement actuel du septième étage	108
Figure 4.2:	Nouvel aménagement des espaces de l'unité pilote	109
Figure 4.3:	Bénéfices de la nouvelle structure des équipes de soins	137
Figure 4.4:	Échéancier des étapes d'implantation du projet de réingénierie des processus de soins	158

LISTE DES SIGNES ET ABRÉVIATIONS

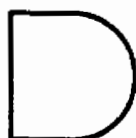
Symboles



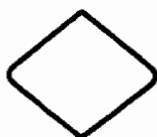
Début ou fin d'un processus



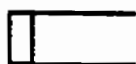
Étape d'un processus



Délai dans le processus



Prise de décision dans le processus



Documentation dans un processus



Direction du processus

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: 20 diagnostics les plus communs du 7 ouest "DRG" de 1993-1994	175
Annexe 2: Détail des 20 diagnostics les plus communs de 1993-1994	176
Annexe 3: 20 diagnostics les plus communs du 7 ouest "DRG" de 1994-1995	180
Annexe 4: Compilation globale des diagnostics pulmonaires et gastriques pour l'HGJ	181
Annexe 5: Formules statistiques et distribution du t de Student	182
Annexe 6: Lettres de demande et d'approbation du projet	183
Annexe 7: Protocole d'observation	186
Annexe 8: Aménagement des stations du système de tube pneumatique	196
Annexe 9: Durées de séjour par service à l'hôpital St-Joseph	197

INTRODUCTION

Le secteur de la santé et plus précisément des hôpitaux est en période de restructuration et de rationalisation des coûts. Leur défi est de maintenir l'accessibilité et la qualité de soins aux patients. La réingénierie des processus de soins cherche à repenser la structure et les processus opérationnels afin d'améliorer les activités d'administration des soins. Cette approche nouvelle a été introduite dans certains hôpitaux américains au début des années 90. Les résultats semblent être concluants et favorables dans un environnement où la concurrence est forte entre les hôpitaux (Lathrop 1992, Health Care Advisory Board 1992a).

Ce modèle de soins centré sur le patient n'a pas encore été réellement implanté dans le système de santé québécois et peu de recherches en ont mesuré l'opérationnalisation. Cette étude vise à évaluer ses quatre principaux principes: le regroupement de patients ayant des besoins similaires, la décentralisation des activités de soins, la formation d'équipes multidisciplinaires d'administration des soins et la restructuration et simplification des processus de soins. Elle cherche également à sérier les approches qui pourraient être adoptées. Finalement, un modèle appliqué à une unité de soins à l'Hôpital Général Juif de Montréal est suggéré. Cette institution hospitalière a en effet manifesté de l'intérêt pour cette nouvelle approche qui lui permettrait de réviser l'administration de soins.

Enfin, cette étude tente d'identifier la réorganisation des processus de soins en

tenant compte des contraintes intrinsèques au secteur de santé canadien et québécois. La réingénierie du modèle de soins proposé aura pour objectif d'améliorer la qualité des soins et de réduire les coûts de l'administration des soins et de réduire la durée d'hospitalisation des patients. Sa portée heuristique est limitée par la nature exploratoire de notre recherche. Des prolongements seront nécessaires pour évaluer tant l'effectivité du modèle que les conséquences non-imaginées de la réingénierie sur la culture de l'entreprise, le rapport au travail et au non-travail dans notre société.

CHAPITRE I

LA PROBLÉMATIQUE

1.1 Introduction

Ce premier chapitre présente une revue de la littérature sur la réingénierie des processus. J'y expose sommairement les différents constats d'auteurs et de praticiens spécialisés dans le domaine de la réingénierie. Cette revue de littérature discerne tout d'abord une vision globale de la réingénierie et s'oriente progressivement vers des éléments plus spécifiques au champ d'application de ce mémoire, soit la réingénierie des soins du secteur hospitalier.

En premier lieu, je définis globalement le paradigme de la réingénierie des processus. Puis, j'explicite quatre principes stratégiques favorisant la réalisation de la réingénierie dans le secteur public. L'application de ce nouveau concept est ensuite illustrée dans le milieu hospitalier tant américain que canadien. Cet exposé permettra de constater les disparités et contraintes environnementales substantielles à la réalisation d'un projet de réingénierie.

En troisième lieu, la réingénierie du secteur hospitalier telle que définie par le modèle de l'hôpital centré sur le patient est détaillée. Cette réingénierie des soins est composée de quatre principes, à savoir, le regroupement des patients ayant des besoins similaires, la décentralisation des activités de soins,

la formation d'équipes multidisciplinaires d'administration des soins et la restructuration et simplification des processus de soins.

Subséquentement, je présente une méthode pour réduire le temps du cycle de traitement d'un patient. Puis, un modèle d'implantation de l'hôpital centré sur le patient est décrit. Enfin, j'y énonce les méthodes de gestion à promouvoir pour gérer efficacement ce changement organisationnel.

Cette revue de la littérature dresse un tableau théorique du concept de la réingénierie des processus. Elle me permettra ultérieurement de concevoir un nouveau modèle de réorganisation des soins de santé appliqué à l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis, à Montréal.

1.2 Définition du concept de la réingénierie des processus

La philosophie qui oriente la réingénierie des processus consiste à faire table rase du modèle de gestion traditionnel de l'organisation dans une optique d'innovation, de reconception et d'optimisation de performance. Ce nouveau paradigme invoque la notion de pensée de rupture des règles formelles et tacites qui imprègnent l'entreprise. La réingénierie est une approche nouvelle qui implique une remise en question de nos façons de faire et de penser (Peters, 1992; McManis, 1993; Bolton, 1994; Manganelli & Klein, 1994).

Hammer et Champy (1993), fervents adeptes de la réingénierie, la définissent comme:

"une remise en cause fondamentale et une redéfinition radicale des processus opérationnels pour obtenir des gains spectaculaires dans les performances critiques que constituent aujourd'hui les coûts, la qualité, le service et la rapidité".

À la lumière de ce constat, la réingénierie n'est pas uniquement une amélioration des processus. Elle se présente comme une démarche itérative d'innovation et de restructuration des processus.

La démarche de la réingénierie cherche à nouer une relation entre les processus de l'organisation et les besoins véritables des clients. Elle tend à développer une stratégie de la valeur en accordant la primauté au client qui constitue le point de départ et l'aboutissement des décisions de l'entreprise. En corollaire, la vision clientéliste doit imprégner tous les rouages de l'organisation (Jacob, 1993; Ellis, 1994; Harrington, 1994; Lowenthal, 1994).

Selon de nombreux auteurs, chercheurs et praticiens, la réingénierie des processus génère d'indéniables avantages pour l'organisation, à savoir: une réduction significative des délais de traitement, une rationalisation radicale des coûts, un accroissement de la satisfaction de la clientèle, une simplification des processus administratifs et opérationnels, bref, une amélioration globale de la qualité et de l'efficacité organisationnelle (Davenport, 1993; Lathrop, 1993; Harrington, 1994; Miller, 1994; Dobbins, 1995).

Pour d'autres, comme Cafasso (1993), la réingénierie représente un projet majeur dont les chances d'échec sont plus grandes que celles de réussite. Certains auteurs estiment que le taux d'échec se situe à 70% des projets de réingénierie d'entreprises (Hammer & Power, 1993; Falardeau & Bergeron, 1994).

La réingénierie est un processus qui invoque le changement et le renouveau. C'est un projet de refonte majeure de l'organisation qui nécessite une approche stratégique et structurée de la gestion des modifications devant être apportées à l'entreprise.

1.3 Principes stratégiques et étapes de réalisation de la réingénierie

La réalisation d'un projet de réingénierie nécessite l'application de certains principes de base essentiels à sa réussite. Elle est constituée d'une approche de gestion "top down", soit une implication première de la direction vers les employés de l'organisation. En effet, l'implication à long terme et l'engagement inconditionnel de la haute direction sont impératifs pour établir une structure favorable à la réalisation d'un tel projet (Jacob, 1993; Morris & Brandon, 1993; Harrington, 1994).

D'après une étude menée par Bergeron et Falardeau (1994) sur la réingénierie des organisations publiques, quatre facteurs sont déterminants à la réalisation d'une réorganisation:

- ⇒ **soutien organisationnel**: variable englobant les actions prises par la haute direction pour constituer un environnement favorable au projet de restructuration.
- ⇒ **rigueur méthodologique**: logique et structure d'application de méthodes et de techniques de travail, prise d'informations, de données et de mesures de performance, analyse stratégique des processus organisationnels.
- ⇒ **diversité des ressources**: quantité de ressources humaines et financières impliquées dans la réalisation du projet.
- ⇒ **respect des principes**: simplification et reconception des procédés et processus critiques, remise en question des traditions, perspective multidisciplinaire de l'équipe de réorganisation.

L'application éclairée de ces facteurs améliore les chances de succès de l'implantation de projets de réingénierie d'après l'étude de Bergeron et Falardeau (1994). La réingénierie des processus qui vient d'être située sommairement, se présente sous différents aspects et perspectives de gestion dans le domaine particulier du secteur hospitalier.

1.4 La réingénierie des processus du milieu hospitalier

Dans un contexte de crise de l'État providence, le secteur hospitalier fait face à

d'imposants impératifs financiers. Le défi des hôpitaux canadiens est de maintenir leur volume et leur qualité de services de soins dans un environnement semé de compressions budgétaires. En effet, les budgets du secteur de la santé au Québec vont être réduits de 1.4 milliard de dollars au cours des trois prochaines années. Plus que jamais, les institutions hospitalières doivent gérer intelligemment les activités de soins.

Le défi est inédit selon les dires de plusieurs auteurs qui considèrent que nous n'avons jamais dans l'histoire de l'humanité construit quelque chose d'aussi complexe que l'hôpital moderne (Lathrop, 1993; McManis, 1993; Murphy, 1993; Peters, 1993). Dans la même optique, il a été démontré d'après l'analyse des standards de qualité prescrits par les gourous Deming, Juran et Crosby, qu'un hôpital est 2000 fois plus complexe que les opérations d'une entreprise normale (Ellis, 1994).

En abondant dans ce sens, les hôpitaux doivent développer des structures organisationnelles pour coordonner efficacement leurs opérations. Cette nouvelle structure des hôpitaux doit être bâtie en plaçant le patient au centre de l'activité des soins. Il faut recentrer et repenser nos établissements afin que toutes les ressources soient organisées et affectées en fonction des besoins exprimés par le bénéficiaire des soins (Lathrop, 1992; Jirsh, 1993; Moffitt, 1993; Bard, 1994; Weber & Weber, 1994; Blyth, 1995).

Aux États-Unis, le secteur de la santé vit dans un environnement hautement compétitif. D'après Fonberg (1992), les services de santé doivent par conséquent satisfaire aux

attentes et besoins de la clientèle. Le concept des soins centrés sur le patient y a été largement appliqué dans le milieu hospitalier. La réingénierie des processus des soins permet de se différencier et de créer un avantage distinctif permettant d'accroître la part de marché et des revenus. Les hôpitaux américains ont remarqué qu'en général 60% à 70% de leurs budgets sont alloués aux activités de soins aux patients. Ils ont aussi constaté que seulement de 20% à 30% du temps travaillé par le personnel de soins est consacré à des activités de soins avec contact direct avec les patients (Health Care Advisory Board (HCAB), 1992a; Lathrop, 1993). Dans le même ordre d'idées, pour chaque dollar dépensé par un hôpital pour quelque chose ayant de la valeur ou de la visibilité pour le client, 3 à 4 dollars sont dépensés dans les coûts d'infrastructures (The Governance Committee, 1992; Lathrop, 1993). La figure 1.1 présente la répartition de la structure des coûts des hôpitaux.

Ces constatations ont mis en lumière l'opportunité d'effectuer des économies substantielles par la création de nouveaux processus de soins aux patients plus efficaces pouvant réduire l'allocation de ressources n'apportant pas de valeur au client. Lathrop (1993), présente à la figure 1.2 une structure à valeur ajoutée avant l'implantation d'un projet de réingénierie alors que le résultat après réalisation d'un tel projet est exposé à la figure 1.3.

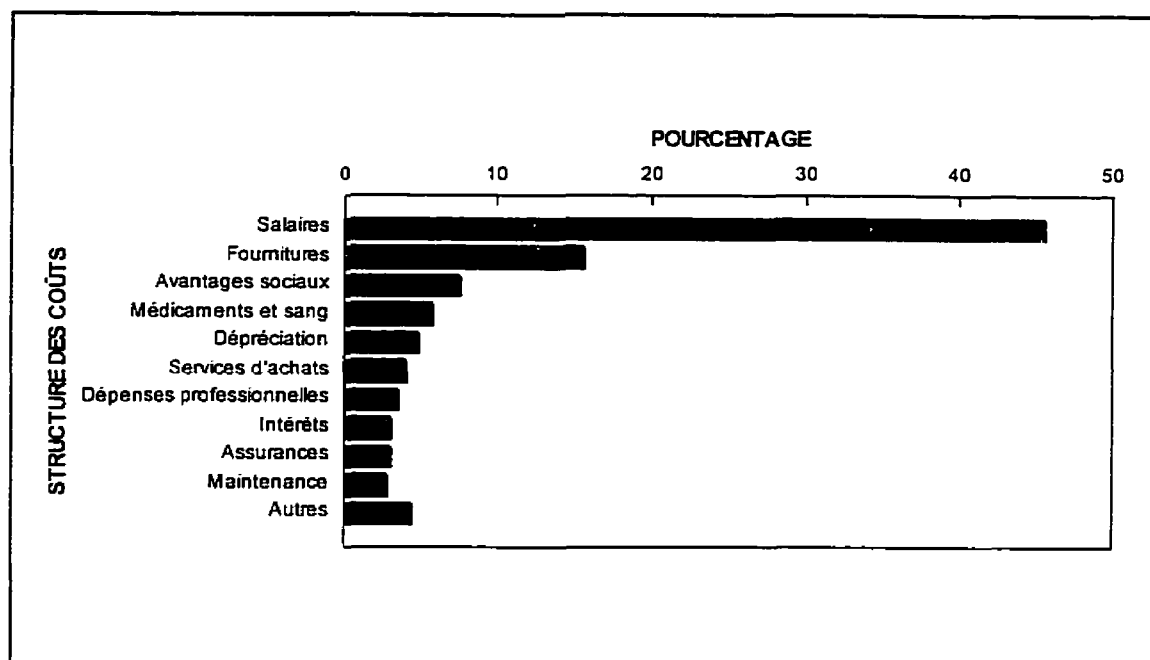


Figure 1.1: Structure des coûts des hôpitaux, source (Lathrop, 1993; p.24)

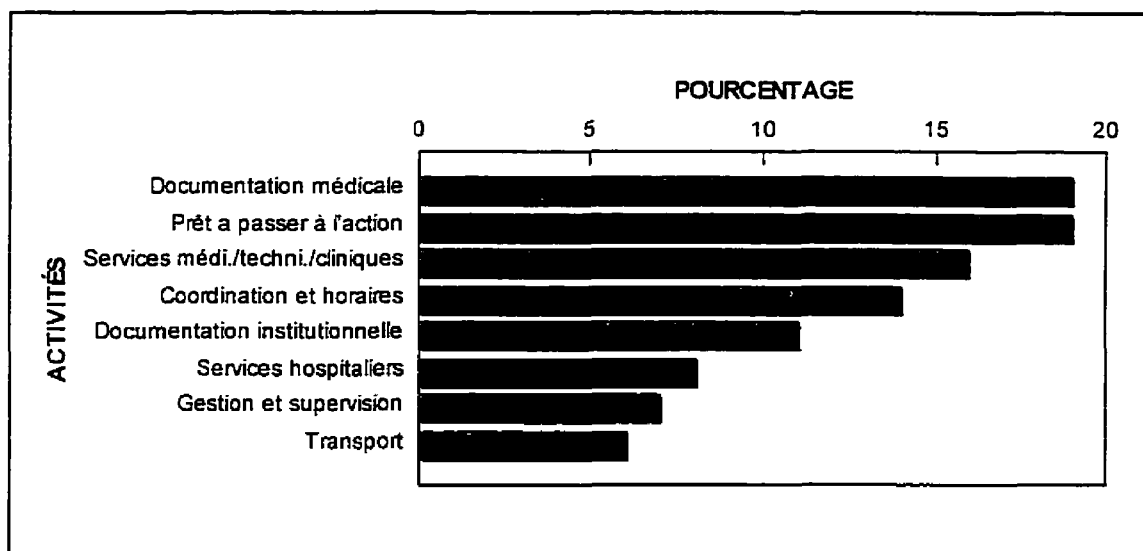


Figure 1.2: Répartition des temps de travail avant restructuration, source (Lathrop, 1993; p.91)

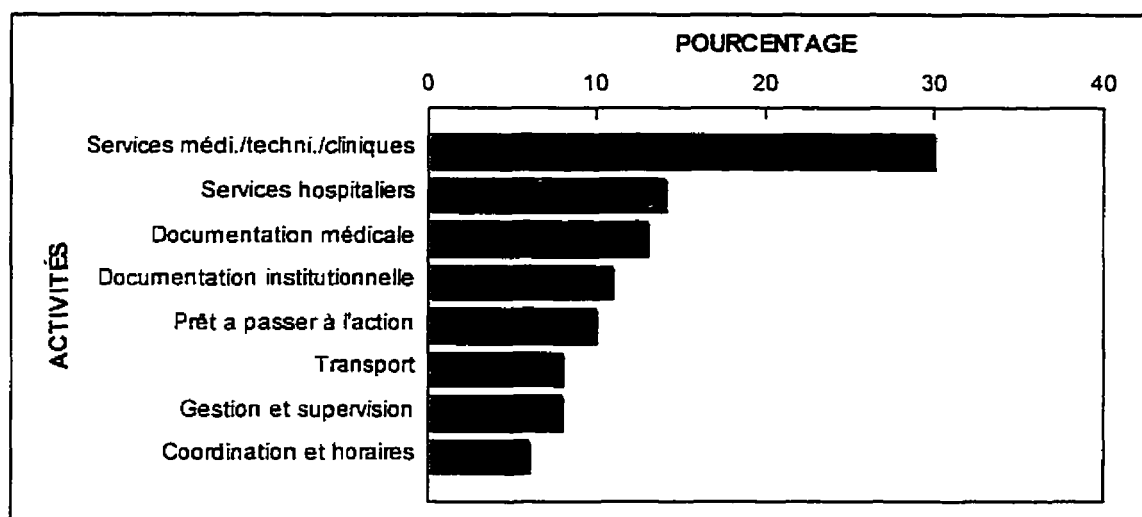


Figure 1.3: Répartition des temps de travail après restructuration, source (Lathrop, 1993; p.91)

Les résultats entraînés par la réorganisation des soins (voir figure 1.3) démontrent que le temps alloué aux activités de soins (services médicaux, techniques, cliniques et hospitaliers) est nettement augmenté alors que les efforts dédiés aux activités de documentation médicale et institutionnelle ainsi qu'à la préparation de réalisation d'activités de soins sont diminués.

Selon Baird (1994), le secteur hospitalier canadien a une philosophie de gestion des soins qui est actuellement centrée sur la rationalisation des coûts, due aux pressions budgétaires. Il est plus résistant à l'implantation d'un modèle de soins centrés sur le patient car les résultats tangibles de récupération des investissements sont encore vagues. Néanmoins on constate une progression, certes prudente, vers ce nouveau modèle d'administration de soins centrés sur le patient.

1.5 Modèle de l'hôpital centré sur le patient

"There is nothing much more difficult to take in hand, more perious to conduct, or more uncertain in its success, than to take the lead in the introduction of a new order of things" (Machiavelli, 1931). Cet apologue de Machiavelli reflète clairement le défi que représente ce nouveau modèle de l'hôpital focalisé sur le patient.

Le concept de focalisation sur le patient se fonde sur le processus de restructuration des soins afin d'éliminer les activités n'ayant pas de valeur ajoutée et en rendant le système alerte aux besoins des patients (Weber, 1991; Lathrop, 1992; Jirsch, 1993; Moffitt, 1993).

Ce modèle cherche à constituer des unités de soins autonomes, voire même la création de mini-hôpitaux spécialisés au sein même d'un établissement de santé (Lathrop 1993). Selon Tidikis et Strasen (1994), l'équipe soignante, formée de personnel polyvalent, est capable d'assumer 75% des prestations de soins auprès de l'unité. Elle prend en charge le patient dès son admission, assure la continuité des soins, exécute l'ensemble des prescriptions médicales et se charge des activités thérapeutiques comme des tâches les plus humbles telles que de changer la lingerie ou d'effectuer du nettoyage. D'ailleurs, les auteurs constatent qu'un personnel multidisciplinaire est plus productif que celui spécialisé et permet donc d'augmenter les soins directs aux patients (HCAB, 1992a; Lee & Klarke, 1992; Murphy & Ruffin, 1993; Peters, 1993). Dans la même logique, l'unité de soins indépendante favorise une réduction dramatique du temps

requis pour communiquer l'information, coordonner les activités et orchestrer les horaires. Une esquisse présentée à la figure 1.4 illustre la nouvelle structure d'une unité de soins organisée selon le modèle des soins centrés sur le patient (HCAB, 1992a).

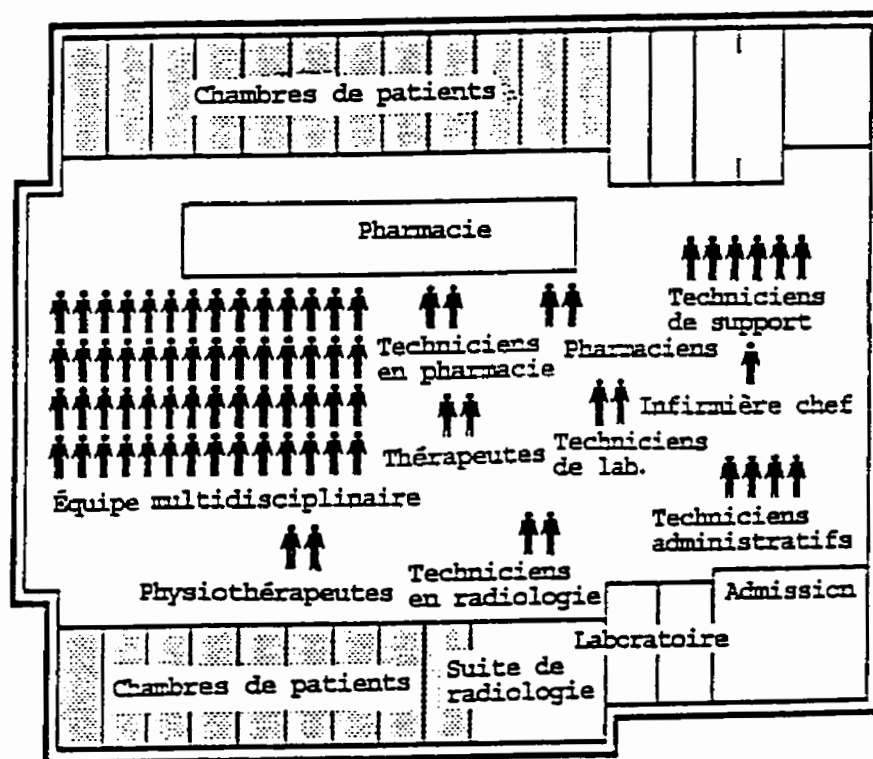


Figure 1.4: Structure d'une unité de soins réorganisée, source (HCAB, 1992a; p.5)

Selon Lathrop (1993), plusieurs interrogations laissent croire que le secteur hospitalier doit repenser ses façons de gérer. Peut-on parler de service de qualité aux patients lorsque prendre une simple radiologie, opération qui se déroule en cinq minutes, constitue un véritable marathon? Peut-on parler d'une approche personnalisée aux patients quand on constate qu'un patient interagit avec 40 à 60 personnes différentes durant une hospitalisation de quatre jours? La spécialisation des tâches et la centralisation des activités et leurs corollaires, la surcharge bureaucratique et la lourdeur des processus, seraient la source de tous les maux.

Il est intéressant de jeter un regard sur les apports potentiels du nouveau modèle de soins. En effet, plusieurs auteurs et praticiens considèrent que le concept de l'hôpital centré sur le patient génère des bénéfices réels pour l'organisation, à savoir: améliorer la qualité des soins, accélérer le processus de départ et réduire la durée de séjour, promouvoir la coordination interdisciplinaire des soins, améliorer la satisfaction des patients, des familles, des médecins et du personnel, diminuer les coûts de main d'oeuvre, responsabiliser et impliquer du personnel (Lee & Klarke, 1992; Lathrop, 1993; Borkowski, 1994; Curtin, 1994; David & Megan, 1994).

Les auteurs dénotent aussi plusieurs facteurs et obstacles au développement du modèle de l'hôpital centré sur le patient, à savoir: le manque de support de l'administration, le manque de communication et d'organisation, les coûts élevés de reconception de l'organisation, de recherche et de multiplication d'équipements, l'augmentation de la moyenne salariale, l'habileté à intégrer la force de travail, les coûts

de formation, bref, le manque de compréhension des employés face à la mission de l'hôpital et la raison d'être du nouveau modèle (HCAB, 1992a; Hall & Rosenthal & Wade, 1993; Lathrop, 1993; Moffitt, 1993).

Les auteurs et spécialistes de l'hôpital centré sur les patients soulèvent quatre principes du modèle décrits de manière plus détaillée ci-bas: le regroupement des patients ayant des besoins similaires, la décentralisation des activités de soins, la formation d'équipes multidisciplinaires d'administration des soins et la restructuration et simplification des processus de soins (Strasen, 1992; Weber & Weber, 1992; Lathrop, 1993; Moffitt, 1993).

1.5.1 Regroupement de patients selon des besoins similaires

Le modèle de l'hôpital centré sur le patient préconise un regroupement des bénéficiaires ayant des besoins de traitements similaires auprès de la même unité de soins. Regrouper la clientèle requérant des besoins identiques de services auxiliaires facilite le redéploiement des services cliniques aux unités de soins en concentrant le volume. Les activités de transport, de communication, les horaires et les délais de traitement sont par conséquent améliorés. Le personnel traitant peut soigner avec plus de constance des patients demandant les mêmes traitements et ainsi développer plus d'habileté et d'expertise de soins (HCAB, 1992a).

Le regroupement de patients ayant des besoins similaires auprès de la même unité de soins d'une grandeur adéquate permet aussi d'assurer une régulation de la charge de travail. Cette stabilité d'administration des soins aux patients a l'avantage tangible de mieux rentabiliser la main d'oeuvre. En effet, une grande unité de 70 lits permet de minimiser les charges de travail journalières et les besoins en personnel. La gestion du personnel soignant et la répartition de travail sont plus faciles à établir. Un autre avantage de regrouper les patients de la sorte est de constituer une masse critique suffisante pour permettre à l'unité d'être gérée de manière indépendante avec un minimum de services partagés (Moffitt, 1993; Peters, 1993).

Oddleifson et Galloway (1990) soulèvent que la grandeur optimale de l'unité de soins dépend de la variabilité de la demande et du niveau de formation atteint. Certains auteurs considèrent que l'unité de soins optimale devrait être de 60 à 70 lits (Lathrop, 1993), alors que d'autres préconisent une unité de 75 à 100 lits (Tschetter & All, 1990).

Le regroupement de patients selon des besoins similaires favorise la diminution de la durée de séjour du patient grâce à certaines techniques. Premièrement, le "case management" est une analyse du flux de traitement d'un patient. Le "case management" consiste en une analyse détaillée de toutes les activités de soins, de transports, de relations interdépartementales intervenant lors du traitement d'un patient. Cette analyse exhaustive s'effectue dès le début du processus de traitement du patient et se prolonge jusqu'à sa fin. Elle est plus facile à déterminer et à implanter en raison de la stabilité des soins à administrer à une seule catégorie de patients

(Davenport & Nohria, 1994). Deuxièmement, le "critical pathway", nommément le "chemin de soins critique", est un système de documentation des soins qui fonctionne par exceptions à la norme établie. Le chemin de soins critique est un outil de travail indiquant les informations sur l'évolution normale d'une catégorie de traitement de patient. L'infirmière n'a plus à documenter chaque intervention avec ce système. Elle doit dorénavant simplement suivre ce guide de soins et inscrire un crochet lorsque les soins administrés correspondent à la norme pré-établie. Enfin, lorsqu'une intervention médicale dévie de la norme ou ne correspond pas à l'évolution normale d'une catégorie de traitement, l'infirmière note sur ce document toute particularité et toute information liée aux soins administrés. Le chemin de soins critique est plus facile à constituer et à appliquer dans une unité ayant des patients aux besoins de traitements relativement homogènes (HCAB, 1991a; Borkowski, 1994).

Le Health Care Advisory Board (1992a) propose un modèle stratégique à quatre étapes pour former ce type d'unité:

- ⇒ collecte de données sur l'utilisation des services auxiliaires d'après les DRG (Diagnosis Related Group) et des principales catégories de diagnostics d'après les MDC (Major Diagnosis Category);
- ⇒ diagnostic des données sur une matrice afin d'identifier quels sont les services auxiliaires les plus utilisés par catégorie de diagnostics de patients;
- ⇒ analyse par tableau du genre d'utilisation de services auxiliaires par unité de soins;

⇒ création de protocoles d'admission et développement de procédures afin d'assurer que les patients soient admis dans les unités de soins appropriées.

Cette analyse des diagnostics de soins et de la demande des services auxiliaires permet à l'hôpital d'effectuer la relocalisation et de décentraliser certains services pour les rapprocher des patients.

1.5.2 Décentralisation des activités de soins

Les hôpitaux sont hautement compartementalisés et fragmentés au niveau structurel, avec du personnel spécialisé et exécutant des tâches étroites à l'intérieur de leur compartementalisation. En effet, s'interrogent Troup (1992) et Lathrop (1993), est-ce normal qu'un patient ayant eu une crise cardiaque ait soixante transports d'un endroit à un autre et parcourt plus de huit miles durant un séjour de cinq à six journées? Peut-on parler de service à la clientèle lorsque chaque jour, ce patient a l'obligation de rencontrer une quinzaine d'employés différents?

La décentralisation cherche à rapprocher les services de soins du patient. Ce faisant, on diminue les temps d'attente, de transport, d'horaire, de traitement de tests. En principe, l'institut hospitalier est décomposé en plusieurs mini-hôpitaux, avec certains services qui restent centralisés. La décentralisation accroît la souplesse, la capacité d'adaptation et de réaction de l'hôpital mais cela engendre généralement des coûts à cause de la renonciation aux économies d'échelle et de maîtrise et contrôle de

dépenses. En contrepartie, elle permet de minimiser les coûts de transport, de réduire le support administratif des services centralisés, de simplifier la coordination et la communication, et d'augmenter la fiabilité (Lee & Klarke, 1992; Strasen, 1992; Wachel, 1994; Weber & Weber, 1994).

Selon Morris et Brandon (1993), au niveau informationnel, la décentralisation améliore la transmission de données en la traitant de façon parallèle plutôt que séquentielle. D'ailleurs, elle offre la possibilité de traiter plus d'information, et d'en obtenir une rétroaction plus rapide favorisant ainsi la responsabilisation du personnel. La décentralisation permet aussi de d'éviter la spécialisation excessive et de rationaliser la surcharge bureaucratique. Les études effectuées par le Health Care Advisory Board (1992a) démontrent que le redéploiement de services représente sept principaux avantages pour l'hôpital:

1. gestion des horaires et coordination des activités:
 - ◆la plupart des soins sont prodigués par le personnel de l'unité, diminuant les interactions avec les services centralisés;
2. documentation de la livraison des services auxiliaires:
 - ◆le personnel soignant négocie moins avec les services auxiliaires ce qui diminue la documentation qui était impliquée par cette relation;
3. déplacement entre les services auxiliaires et l'unité de soins:

◆ diminution du temps des déplacements du personnel des services auxiliaires vers les unités;

4. transport des patients de l'unité vers certains services:

◆ la plupart des soins sont administrés dans l'unité, diminuant ainsi les transports de patients;

5. gestion et supervision du personnel:

◆ diminution de la supervision des services centralisés grâce au redéploiement de leurs activités vers les unités de soins;

6. pertes de temps du personnel soignant:

◆ la décentralisation implique la formation d'un personnel plus polyvalent qui est plus apte à effectuer diverses tâches;

7. accélération du transfert de l'information:

◆ augmente la satisfaction des médecins, des patients et du personnel soignant grâce à la rapidité des services (les dossiers, les résultats de laboratoires, les thérapies).

Lors de la décentralisation d'activités, il est essentiel de tenir compte du niveau de demande, du genre de patients, des considérations, coûts et bénéfices et des espaces disponibles. Seulement les services requérant de larges investissements et du

personnel hautement spécialisé restent centralisés (HCAB, 1992a; HCAB, 1992b). Les auteurs classifient les services hospitaliers en trois catégories. Premièrement, les services de support sont composés des activités de soutien dans l'hôpital telles que l'entretien ménager, la maintenance, la buanderie, la sécurité, etc. La deuxième catégorie est celle des services auxiliaires et cliniques qui s'occupent de prodiguer divers types de soins aux patients, telles que la radiologie, la médecine nucléaire, les activités thérapeutiques, etc. Enfin, la troisième catégorie est celle des services administratifs qui se chargent des activités bureaucratiques telles que l'admission, la paie, les archives médicales, etc.

Voici la liste de certaines activités de ces trois catégories de services hospitaliers qui doivent rester centralisées.

parmi les services de support

⇒ buanderie, sécurité, achats, production de repas, maintenance, télécommunication.

parmi les services administratifs:

⇒ bureau de direction, services professionnels, gestion et planification, bureau de paie, système d'information.

Parmi les services auxiliaires:

⇒ fluoroscopie, médecine nucléaire, MRI, CT scan, microbiologie, pathologie, banque de sang, hydrothérapie.

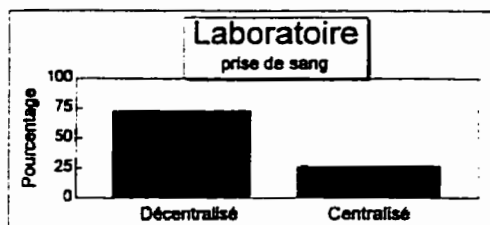
Le Health Care Advisory Board (1992a) propose deux approches de décentralisation des activités. Premièrement, il suggère de déplacer les spécialistes (radiologiste, pharmacien, thérapeute) vers les unités de soins. Deuxièmement, il est possible de substituer complètement les emplois des spécialistes en intégrant leurs tâches à celles des généralistes entraînés auprès des unités de soins.

Les auteurs estiment qu'un redéploiement de plusieurs activités inhérentes à ces trois catégories de services améliore la qualité des services aux patients, réduire les délais de traitements et engendre des économies en termes de coûts (HCAB, 1992a; Lathrop, 1993; Moffitt, 1993).

Les figures 1.5 et 1.6 illustrent les pourcentages d'activités de services pouvant être décentralisés auprès des unités de soins. Les colonnes de gauche des histogrammes représentent les activités qui peuvent être décentralisées, alors que les colonnes de droite indiquent les activités qui restent centralisées.

Enfin, la figure 1.7, indique la diminution du nombre d'étapes à accomplir pour effectuer une tâche lorsque certains services sont décentralisés. De plus, on y présente la réduction du nombre d'intervenants lors de l'administration de certains services.

DÉCENTRALISATION DES SERVICES AUPRÈS DES UNITÉS DE SOINS

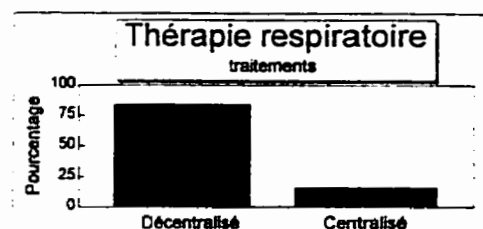


Décentralisés sur les unités de soins

- test de chimie, urine et de simple hématologie
- analyse de sang et sélection de tube

Activités qui restent centralisées

- analyse de sang complexe
- histologie, microbiologie, pathologie
- autres tests spécialisés

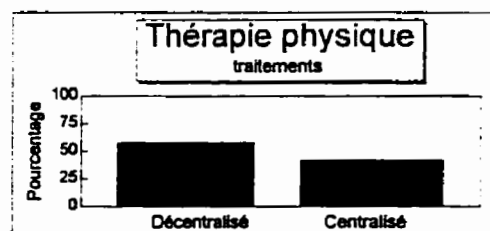


Décentralisées sur les unités de soins

- spirométrie, IPPB
- thérapie d'oxygène

Activités qui restent centralisées

- aérosol avec médicaments
- gaz de sang artériel
- soins de ventilation

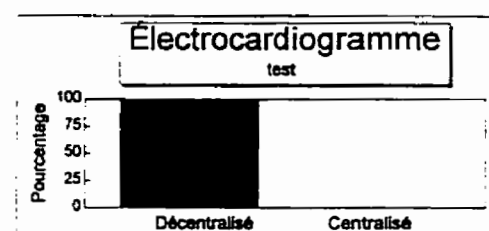


Décentralisés sur les unités de soins

- entraînement de la démarche
- exercices thérapeutiques
- paquet chaud/froid

Activités qui restent centralisées

- évaluation des patients
- traitements pour brûlés
- thérapie pour prothèses

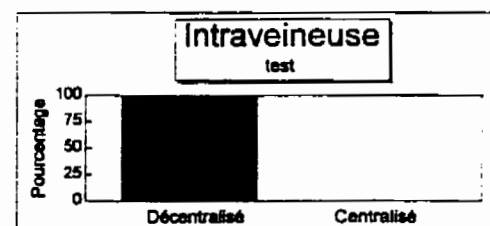


Décentralisés sur les unités de soins

- révision A & P, test d'électrocardiogramme
- préparation des patients
- identification de l'arythmie

Activités qui restent centralisées

- aucune



Décentralisées sur les unités de soins

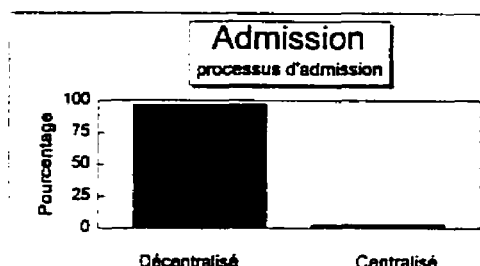
- préparation des fluides
- ponction veineuse
- administration des médicaments
- arrêt d'intraveineuse

Activités qui restent centralisées

- aucune

Figure 1.5: Décentralisation des services auprès des unités de soins,
source (HCAB, 1992a; p.5)

DÉCENTRALISATION DES SERVICES AUPRÈS DES UNITÉS DE SOINS

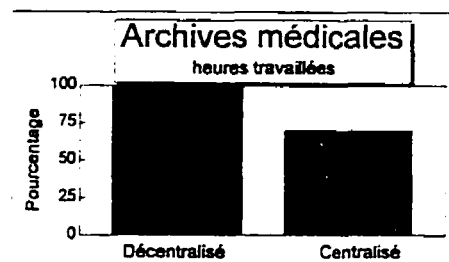


Décentralisés sur les unités de soins

- . analyse des dossiers
- . assemblage des dossiers
- . analyse après départ

Activités qui restent centralisées

- . saisie, codage
- . stockage des archives médicales

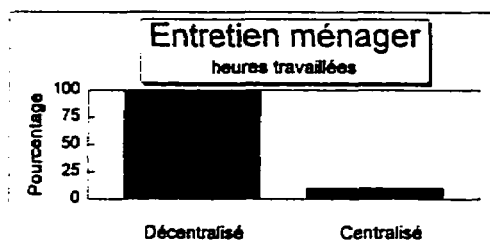


Décentralisé sur les unités de soins

- . tous les patients internes sont admis

Activités qui restent centralisées

- . demande excédentaire

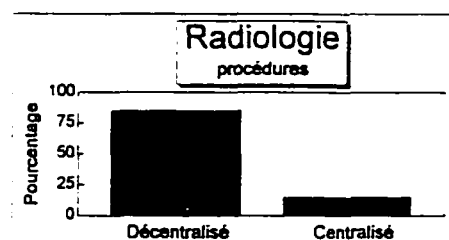


Décentralisé sur les unités de soins

- . nettoyage de l'unité de soins
- . déchets biomédicaux
- . maintenance périodique

Activités qui restent centralisées

- . grand nettoyage
- . aires communes
- . nettoyage d'unités spéciales



Décentralisé sur les unités de soins

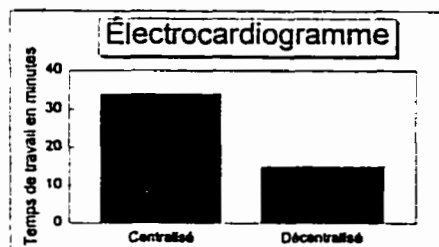
- . rayons X

Activités qui restent centralisées

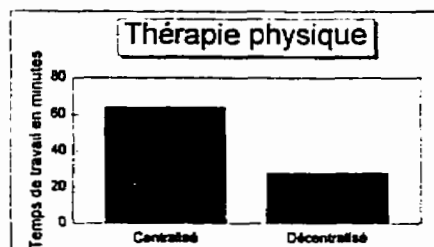
- . "CT Scan"
- . "MRI"
- . médecine nucléaire
- . fluoroscopie

Figure 1.6: Décentralisation des services auprès des unités de soins,
source (HCAB, 1992a; p.5)

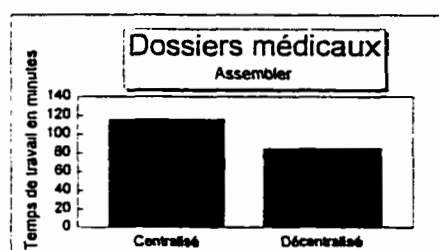
DÉCENTRALISATION / CENTRALISATION une réduction radicale des étapes et des intervenants



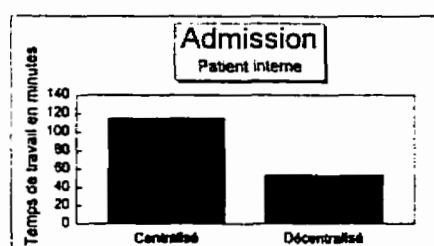
étapes réduites de 12 à 6
nombre de personnes impliquées réduit de 3 à 1



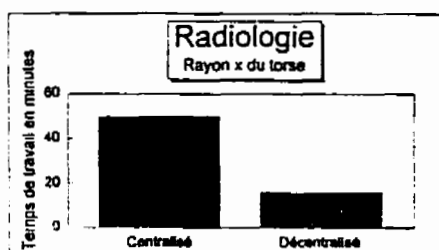
étapes réduites de 14 à 8
nombre de personnes impliquées réduit de 3 à 2



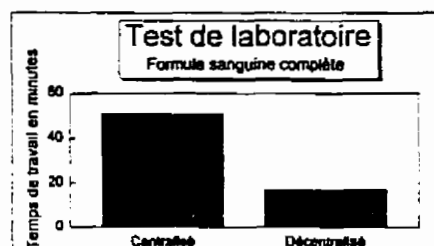
étapes réduites de 25 à 19
nombre de personnes impliquées réduit de 7 à 6



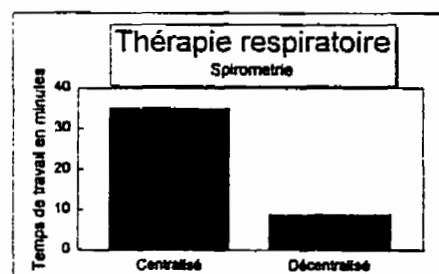
étapes réduites de 38 à 25
nombre de personnes impliquées réduit de 10 à 4



étapes réduites de 19 à 9
nombre de personnes impliquées réduit de 6 à 2



étapes réduites de 21 à 11
nombre de personnes impliquées réduit de 7 à 2



étapes réduites de 16 à 5
nombre de personnes impliquées réduit de 5 à 2

Figure 1.7: Décentralisation et centralisation; une réduction radicale des étapes et des intervenants, source (HCAB, 1992a; pp. 38-39)

1.5.3 Services de support

La décentralisation des activités de support (entretien ménager, service de diététique, maintenance) auprès des unités de soins consiste à avoir du personnel effectuant diverses tâches de support et d'assistance aux patients (Strasen, 1992). Généralement l'hôpital affecte un employé de support pour chaque huit lits. Ce personnel relève dorénavant de l'infirmière chef de l'unité et se rapporte au service central pour les questions de formation et de technique.

L'entretien ménager et la distribution des repas ne sont plus régis par des horaires fixes. À titre d'exemple, les chambres ne sont plus spécialement nettoyées dans la matinée et les aires communes en après-midi. Le nettoyage et les activités de diététique peuvent dorénavant s'effectuer durant une période de 16 heures répondant mieux aux besoins des patients (Lathrop, 1992; HCAB, 1992b).

1.5.4 Services administratifs

Admission

Le redéploiement de cette activité consiste à admettre le patient directement sur l'unité de soins plutôt que par un service central d'admission. Toutes les fonctions d'enregistrement, de commodité et d'assurances sont effectuées à même l'unité. Le personnel ayant accueilli le patient continue à garder contact avec lui durant son

hospitalisation afin de créer un sentiment de confort et un service personnalisé (HCAB, 1992a; Ellis, 1994).

Archives médicales

La décentralisation des archives médicales consiste à avoir un personnel polyvalent dans l'unité de soins qui assemble les dossiers médicaux et s'assure que ces derniers soient complétés correctement. Selon, Lathrop (1993), le transfert de cette activité aux unités de soins accélère le cycle de traitement en rationalisant les étapes du processus et améliore l'exactitude et la qualité des informations des dossiers médicaux.

1.5.5 Services auxiliaires

La décentralisation de services auxiliaires tente de rapprocher les activités médicales du patient afin de minimiser les déplacements, d'accélérer les traitements et de personnaliser le service du personnel soignant. D'après des études effectuées par Strasen (1991), le personnel des services auxiliaires passe beaucoup de temps à se déplacer comme l'illustre la figure 1.8.

Activités thérapeutiques

Les activités de thérapie physique, respiratoire et d'intraveineuse peuvent être facilement localisées auprès des unités de soins. Les infirmières ont les capacités et

les connaissances requises pour effectuer ces tâches. Une formation complémentaire est recommandée pour le personnel infirmier qui approfondie ainsi son expertise thérapeutique. La décentralisation de ces activités est souhaitable car elle permet d'accélérer et de personnaliser le service aux patients. Les études de Lee & Klarke (1992) génèrent les mêmes conclusions, en démontrant que les thérapeutes des services centralisés passent entre 25% et 40% de leur temps à se déplacer. Les figures 1.9 et 1.10 présentent les raisons pour lesquelles les traitements sont souvent reportés pour les activités thérapeutiques.

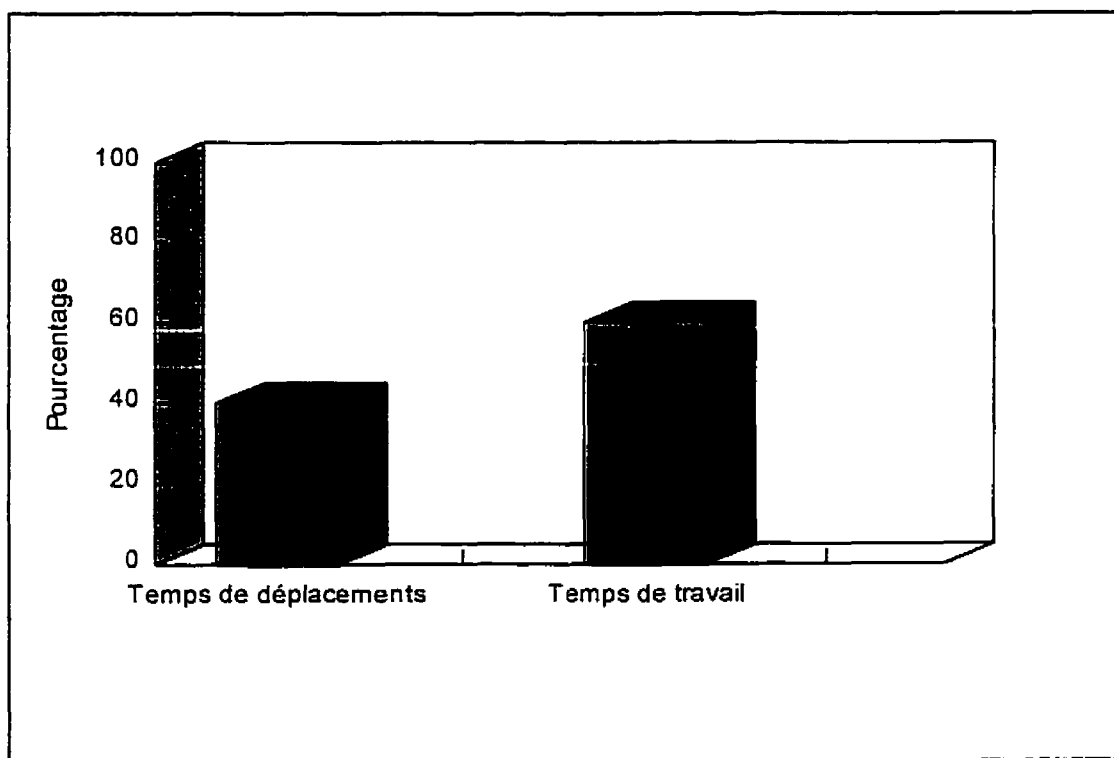


Figure 1.8: Temps de déplacement du personnel des services auxiliaires,
source (Strasen, 1991; p.234)

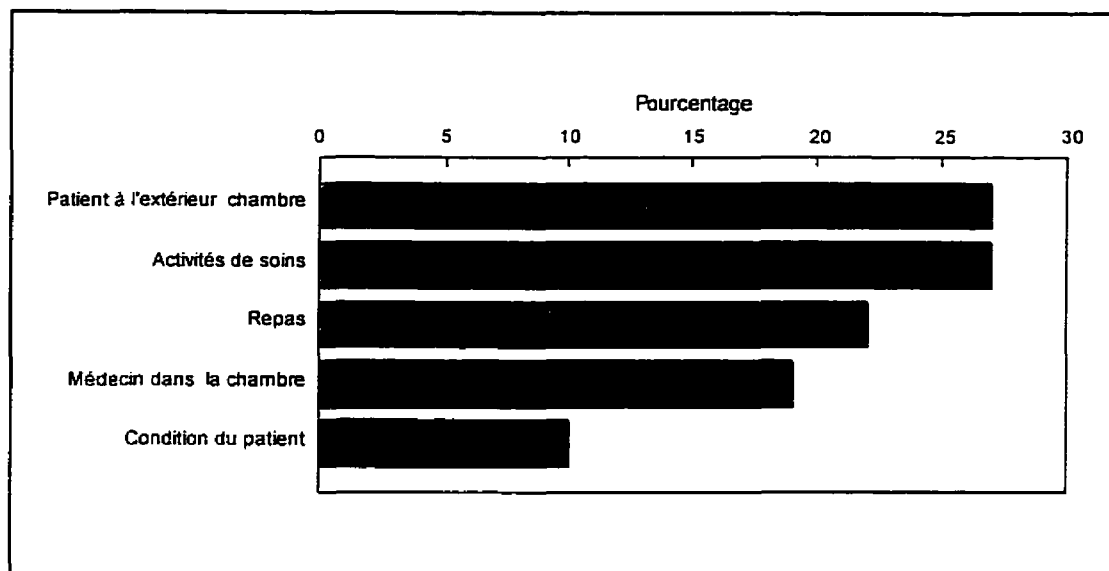


Figure 1.9: Raisons pour traitements différés, source (Lathrop, 1993; p.57)

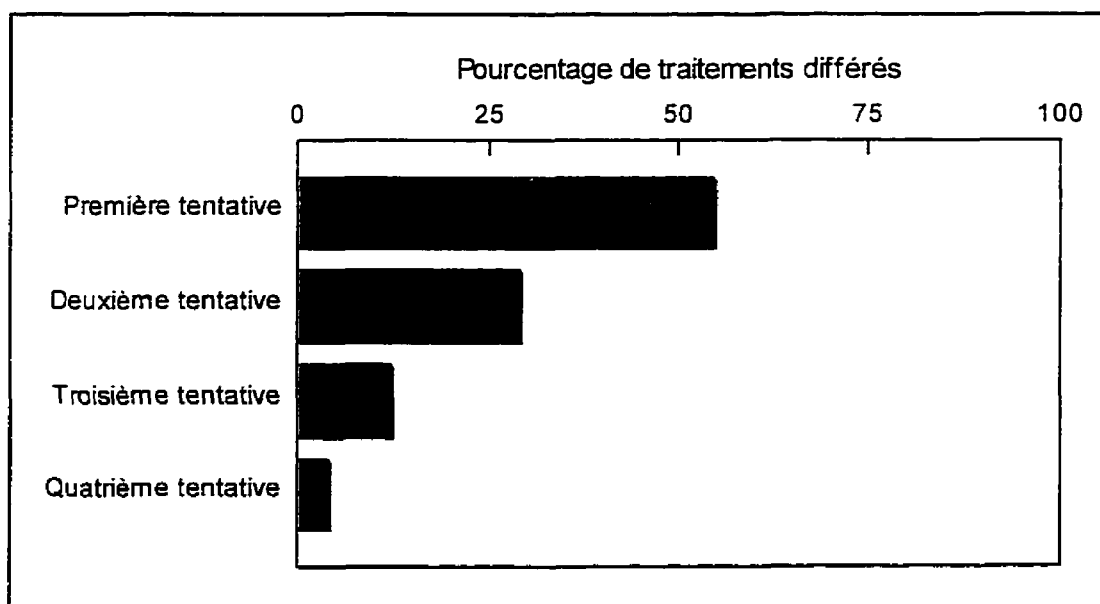


Figure 1.10: Thérapie respiratoire; les traitements différés par tentative de soins, source (Lathrop, 1993; p.57)

Électrocardiogramme

La prise d'électrocardiogrammes est une activité extrêmement simple à décentraliser: les procédures sont relativement faciles et les régulations minimales. Le coût de l'équipement requis n'est pas très élevé et le nombre d'activités que le personnel soignant est appelé à faire est limité à une seule par quart de travail. De plus, des analyses démontrent que le personnel spécialisé dans la prise d'électrocardiogrammes passe jusqu'à 40% de son temps à se déplacer (HCAB, 1993b; HCAB, 1994a).

Le tableau 1.1 indique le pourcentage des activités de soins de certains services auxiliaires qui peuvent être décentralisés auprès des unités de soins (HCAB, 1992a; p.61).

TABLEAU 1.1
PERSONNEL SOIGNANT ENTRAÎNÉ POUR FOURNIR
LA MAJORITÉ DES SERVICES AUXILIAIRES

SERVICES AUXILIAIRES	% DES SOINS TRANSFÉRÉS AU PERSONNEL SOIGNANT
.intraveineuse	100%
.phlébotomie	100%
.électrocardiogramme	100%
.thérapie respiratoire	75 à 80%
.thérapie physique	20 à 30%

Pharmacie satellite

La décentralisation des activités de la pharmacie centrale auprès des unités de soins se traduit par la création de petites pharmacies satellites à travers l'hôpital. Ces dernières ont le mandat de fournir, distribuer, inventorier et contrôler les médicaments demandés par le personnel soignant de l'unité de soins. La pharmacie satellite est dirigée par une équipe composée d'un pharmacien et d'un technicien. Le pharmacien a d'ailleurs la responsabilité de conseiller le personnel soignant sur l'utilisation des médicaments (Lathrop, 1993).

Laboratoire satellite

La décentralisation des laboratoires consiste à créer de petits laboratoires satellites auprès des unités de soins. Ces laboratoires satellites s'occupent d'effectuer les tests faciles à réaliser tels que l'hématologie, la chimie, l'urine. Ils représentent généralement 70% du volume de tests requis par une unité de soins. D'après Lathrop (1993), le cycle de traitement des spécimens est ainsi nettement réduit puisqu'il est possible d'obtenir des résultats rapidement pour plusieurs tests. L'espace requis est modeste et représente environ trois cent pieds carrés. Les coûts d'investissement en technologie varient entre \$200 000 à \$300 000 par laboratoire satellite (HCAB, 1992a). Les laboratoires diffèrent de la radiologie, car ils impliquent le transport d'échantillons plutôt que de patients.

Suite de radiologie

La décentralisation de la radiologie consiste à créer une mini-suite de radiologie sur les unités de soins. Cette suite de radiologie est opérée par un radiologiste ou par le personnel de l'unité qui reçoit la formation appropriée. Cette mini-suite ne s'occupe que de radiologies simples telles que celles des poumons, des cuisses, du dos, alors que les radiologies plus complexes restent centralisées. Des études ont démontré que le temps du cycle d'exécution d'une radiologie de routine prend 30 minutes alors qu'elle en demande le triple (90 minutes) lors d'un processus centralisé (Borzo, 1992). Une suite de radiologie représente un investissement d'environ \$250 000 (HCAB, 1992a).

Les coûts élevés des nouvelles technologies médicales rendent difficile la multiplication d'équipements dispendieux. De plus, d'après Fonberg (1992) les équipements sophistiqués complexifient le redéploiement d'un personnel hautement spécialisé. L'application d'une activité de décentralisation exige au préalable une analyse détaillée des coûts et bénéfices.

Enfin, le personnel travaillant auprès de services centralisés focalise ses activités sur des tâches ou procédures spécifiques plutôt que sur le besoin et la satisfaction du patient. La décentralisation de ce personnel autour d'équipes de travail à même l'unité de soins les incite à travailler pour le bien-être du patient.

1.6 Formation d'équipes multidisciplinaires d'administration des soins

Contrairement au principe de la spécialisation dans un emploi, la réingénierie des soins veut créer des emplois couvrant une diversité de tâches afin que le patient entre en interaction avec le moins d'employés possible. L'employé accomplit donc plus de tâches pour moins de patients plutôt que moins de tâches pour un plus grand nombre de patients. Le mot d'ordre est lancé. Les responsabilités et les fonctions du personnel doivent être repensées et modifiées afin d'obtenir la polyvalence et des habiletés diverses. Cette nouvelle logique de gestion des acteurs préconise des soins aux patients dans le cadre du travail d'une équipe multidisciplinaire, une équipe soignante autonome formée d'un personnel souple et apte à assumer la majorité des services de soins. Elle prend en charge le patient dès son admission et assure la continuité des prestations jusqu'à son départ. Enfin, la qualité des services est transparente (Moffitt, 1993; Ellis, 1994).

En effet, le Health Care Advisory Board (1992a) a constaté que les infirmières passent énormément de temps à effectuer de la coordination, de la communication et des activités autres que des soins directs aux patients. La figure 1.11 illustre la dispersion du temps des infirmières.

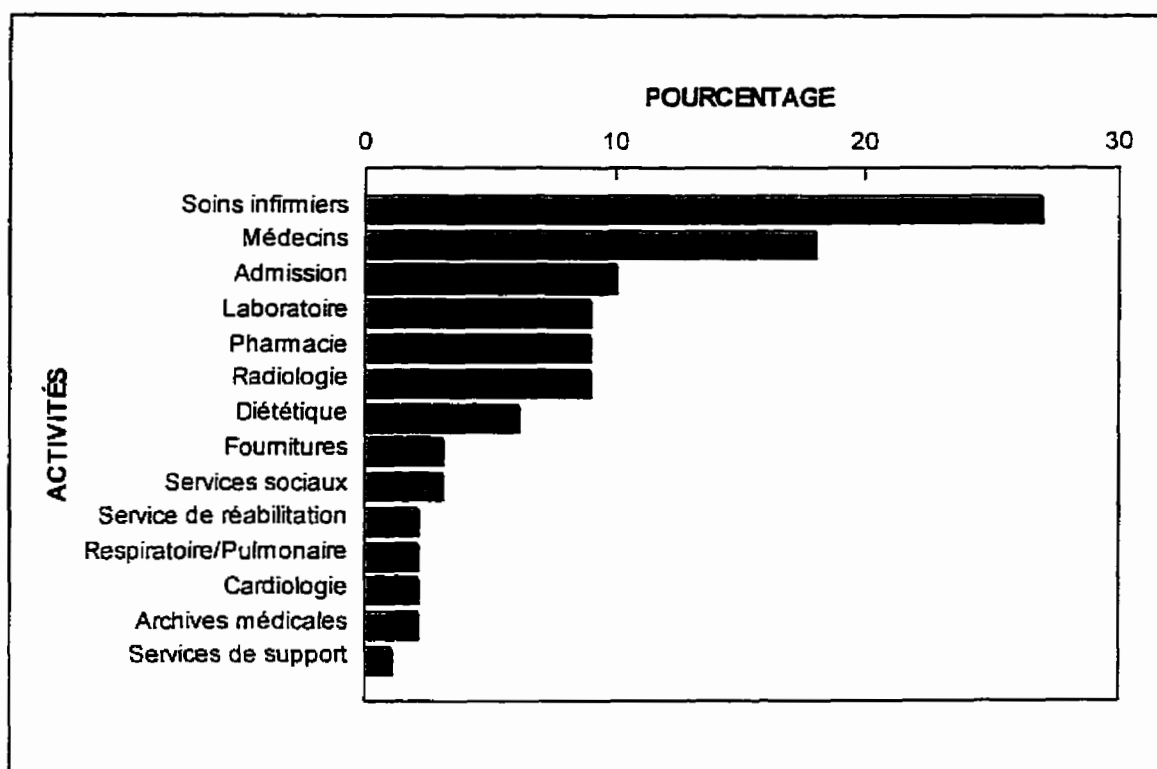


Figure 1.11: Dispersion du temps des infirmières; communication, coordination de différentes activités, source (HCAB, 1992b; p.26)

D'après des observations de Lathrop, le tableau 1.2 indique le nombre moyen d'intervenants qui interagissent avec le patient durant quatre journées d'hospitalisation (Lathrop, 1993; p.12).

Des études menées par Lathrop (1991) telles qu'illustrées à la figure 1.12 ont démontré que seulement 20% à 30% du temps travaillé par le personnel soignant est consacré à des activités de soins directs au patient.

TABLEAU 1.2
NOMBRE DE PERSONNES INTERAGISSANT AVEC LE
PATIENT (QUATRE JOURS D'HOSPITALISATION)

CATÉGORIE	NOMBRE DE CONTACTS MOYENS
.infirmières	27
.diététique	10
.services auxiliaires	6
.transport central	5
.services de support	3
.autres services	<u>2</u>
Total	53

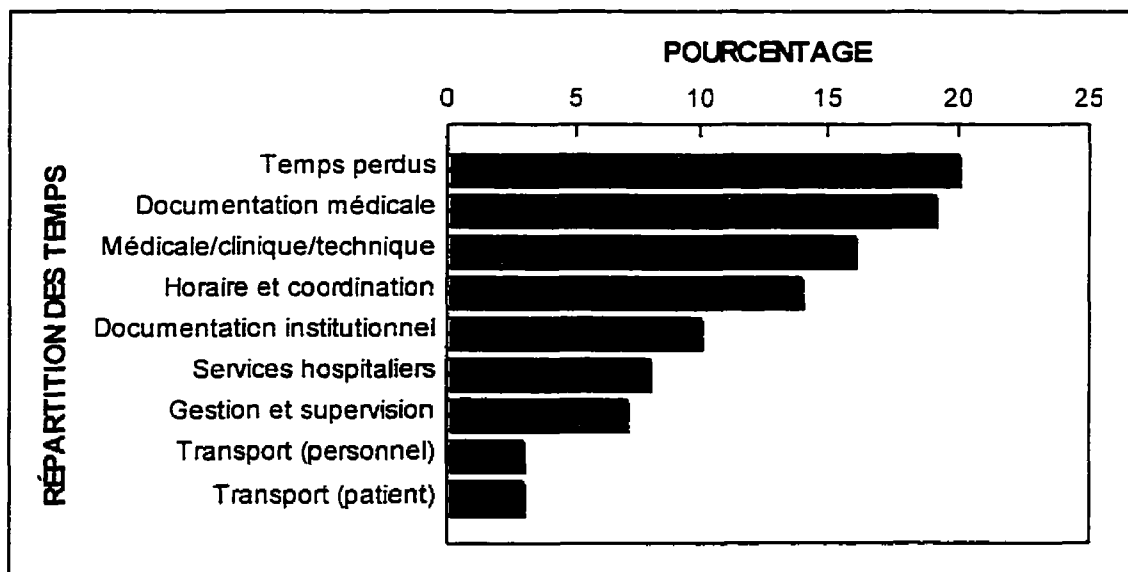


Figure 1.12: Répartition du temps des employé(e)s; les trois quarts ne sont pas des activités de soins directes aux patients, source (Lathrop, 1991; p.18)

Nous devons remettre en question certains aspects de la spécialisation des tâches si nous voulons créer une continuité des soins. La constitution d'une équipe de soins ayant une formation adéquate peut fournir des soins de manière cohérente et plus continue. Les opérations de soins sont organisées comme une cellule de production, spécialisée et autonome, composée de six à dix personnes (Peters, 1993).

Partenaires de soins

L'innovation essentielle est la formation d'une équipe de soins individualisés composée d'une infirmière, d'une aide soignante et d'un technicien afin d'administrer les soins pour neuf à onze patients et de s'occuper d'activités telles que l'admission, le développement et l'implantation du plan de soins du patient, des soins infirmiers, des services auxiliaires, des horaires et de la coordination des procédures à l'extérieur de l'unité, de l'éducation du patient et de la détermination de ses besoins lors du départ.

Partenaires de support

Ce personnel va s'occuper des activités de support et de confort du patient tels que les bains, le nettoyage, le transport, les repas, les fournitures, la maintenance mineure sur l'unité. Chaque partenaire de support s'occupe de tâches non techniques pour huit (8) patients durant le quart de jour et pour un plus grand nombre les quarts de soir et de nuit.

Gestionnaire des soins

Un chef de service s'occupe des activités de gestion telles que la planification, la coordination, les budgets, la supervision, le maintien des objectifs, bref, de l'administration de l'unité de soins. Les tableaux 1.3, 1.4 et 1.5 illustrent comment certains services centralisés ayant des tâches spécialisées sont prises et assumées par des équipes multidisciplinaires composées de généralistes entraînés (HCAB, 1992a, p.35).

Plusieurs approches sont proposées pour la nouvelle structure de rémunération salariale. Peters (1993) propose un système de rémunération et de possibilités d'avancement pouvant convenir au personnel flexible travaillant en tandem. La compétence, valant 600 points est évaluée d'après des résultats d'examen, et la formation, valant 400 points, servent de base au nouveau barème. Le montant des primes attribuées dépend d'une évaluation annuelle des qualités de prise de responsabilités (45%), de polyvalence (35%), et de perfectionnement professionnel (20%).

Une autre approche consiste à ajuster le salaire selon celui de la tâche la plus complexe à exécuter (HCAB, 1994a). Enfin, selon une autre position ce nouveau travail permet au personnel de s'actualiser et de s'enrichir davantage et par conséquent ne nécessite pas d'augmentation salariale (HCAB, 1994a).

TABLEAU 1.3
TÂCHES DES GÉNÉRALISTES CLINIQUES

TÂCHES CLINIQUES	
.plebotomiste	.thérapeute physique et respiratoire
.technicien en radiologie	.thérapeute en intraveineuse
.technicien médical	.technicien en électrocardiogramme

GÉNÉRALISTE CLINIQUE	
<p><u>INTRAVEINEUSE</u></p> <p>.préparation des fluides</p> <p>.veniponcture</p> <p>.administration médicale</p> <p>.arrêt d'intraveineuse</p> <p>.administration de sang</p> <p>.prise de sang de lignes centrales</p> <p>.identification des réactions de transfusions</p> <p>.identification des signes et symptômes d'infiltration, de phlébite et d'infection</p> <p>.utilisation des pompes et des contrôleurs</p> <p>.utilisation des tubes</p> <p>.identification des lignes</p> <p>.irrigation des lignes</p> <p><u>PLÉBOTOMIE</u></p> <p>.prise de sang</p> <p>.sélection de tubes</p> <p><u>ÉLECTROCARDIOGRAMME</u></p> <p>.maintenance des équipements</p> <p>.vérification de l'arythmie</p> <p>.révision antérieure et postérieure</p> <p>.préparation du patient</p> <p>.vérification des signes normaux</p> <p><u>RADIOLOGIE SIMPLE</u></p> <p>.abdomen .colonne</p> <p>.tête .articulations</p> <p>.torse .pelvis</p>	<p><u>THERAPIE RESPIRATOIRE</u></p> <p>.spirometrie</p> <p>.pression de la respiration</p> <p>.thérapie d'oxygène</p> <p><u>THERAPIE PHYSIQUE</u></p> <p>.entraînement pour l'équilibre</p> <p>.exercices thérapeutiques</p> <p>.activités quotidiennes</p> <p>.paquets chauds et froids</p> <p>.ambulation simple</p> <p>.ambulation avec oxygène portable</p> <p>.ambulation avec béquille</p> <p>.ambulation avec marcheur</p> <p>.ambulation à la maison</p> <p><u>TESTS DE CHIMIE</u></p> <p>.électrolyte .AST</p> <p>.acide urique .bun</p> <p>.albumine .ALK. PHOS.</p> <p>.phospore .glucose</p> <p>.LDH .cholesterol</p> <p>.calcium .bilirubine</p> <p>.créatinine .protéine</p> <p><u>TESTS D'HÉMATOLOGIE</u></p> <p>.CBC sans différentiel .APPT</p> <p>.CBC avec différentiel .PT</p> <p><u>AUTRE</u></p> <p>.analyse d'urine</p>

TABLEAU 1.4
TÂCHES DES GÉNÉRALISTES ADMINISTRATIFS

TÂCHES ADMINISTRATIVES	
.enregistrement	.spécialiste d'assurance
.agent d'admission	.agent des dossiers médicaux
.responsable d'unité	

GÉNÉRALISTE ADMINISTRATIF	
<u>ADMISSION</u>	<u>DOSSIERS MÉDICAUX</u>
.vérification d'assurance	.analyse concurrente
.pré-certification	.compilation des dossiers
.réservations	.analyse après départ
.cueillette des informations	.codage des patients
.enregistrement	
	<u>AGENT D'UNITÉ</u>
	.répondre au téléphone
	.horaire des patients
	.classement

TABLEAU 1.5
TÂCHES DES GÉNÉRALISTES DE SUPPORT

TÂCHES DE SUPPORT	
.entretien ménager	.aide à la diététique
.transport et agent d'approvisionnement	.employé de maintenance

GÉNÉRALISTE DE SUPPORT	
<u>ENTRETIEN MÉNAGER</u>	<u>APPROVISIONNEMENT</u>
.nettoyage des chambres aux patients	.fournitures d'inventaires
.nettoyage des aires communes	.fournitures de commandes
.maintenance périodique	.fournitures de stockage
<u>DIÉTÉTIQUE</u>	<u>TRANSPORT</u>
.distribution et collecte des menus	.transport des patients
.distribution et collecte des plateaux	.transport des spécimens
	.résultats de tests

La création d'équipes multidisciplinaires d'administration des soins apporte d'importants bénéfices grâce à un personnel polyvalent. Néanmoins, les stratégies de réalisation de cette étape du modèle des soins centrés sur le patient demandent encore des études plus approfondies. Ces analyses pourront être effectuées lorsque davantage d'hôpitaux auront appliqué ce nouveau modèle de gestion des processus de soins.

1.7 Restructuration et simplification des processus de soins

Harrington (1994) définit un processus comme:

"toute activité ou ensemble d'activités qui utilise un intrant, y ajoute une certaine valeur, et le livre sous forme d'extrant à un client interne ou externe. Les processus utilisent les ressources disponibles dans l'entreprise pour effectuer et obtenir des résultats."

À la lumière de cette définition, il faut constater que les processus sont des éléments clés au centre des activités de l'entreprise et doivent être gérés efficacement.

Plusieurs auteurs sont unanimes pour dire que d'un point de vue opérationnel, les processus et structures inefficaces sont les causes principales d'une mauvaise qualité et d'un coût élevé (Lathrop, 1991; Weber, 1991). Pour Hammer (1993), la seule amélioration des processus opérationnels ne diminue pas efficacement les inefficacités. Il juge qu'il faut plutôt restructurer les processus.

Dans le secteur hospitalier, il faut repenser les processus opérationnels pour éviter leur

fragmentation actuelle et pour diminuer les délais de traitement de données afin d'améliorer la gestion du temps du personnel soignant. Simplifier les processus permet d'améliorer les systèmes informationnels, de rationaliser la documentation et la répétition de données dans les cartes médicales. Dans cet élan vers la reconception des processus, le défi est de transformer l'important volume de données en informations utiles et nécessaires. L'objectif de cette démarche est d'aboutir à une organisation centrée sur le patient. En effet, les processus n'existent que par et pour les clients (Jacob, 1993).

Dans un tel exercice de reconception, Hammer et Champy (1993), considèrent qu'il est préférable de ne pas s'attarder à une analyse détaillée des processus, mais de s'attacher plutôt à acquérir une vision d'ensemble suffisante pour avoir l'intuition et la compréhension nécessaires à la création d'un modèle supérieur, totalement neuf. En raison de la complexité du secteur hospitalier, il s'avère essentiel d'appliquer ce principe d'analyse des processus.

L'analyse des processus de soins devrait suivre certains paramètres. Aussi, Davenport (1993) propose un modèle à partir de cinq caractéristiques des processus:

1. le cheminement des processus est l'élément qui met en oeuvre les techniques qui transforment un intrant en extrant;
2. l'efficacité des processus se traduit par le niveau de satisfaction des clients. C'est une mesure de qualité du processus;

3. le rendement des processus s'exprime par la façon dont les ressources sont utilisées pour réaliser l'extrait;
4. le temps d'exécution est un paramètre critique d'indication du temps nécessaire pour transformer un intrant en extrait;
5. le coût des processus est représenté par les dépenses encourues lors de la réalisation des processus.

La reconfiguration des processus est une oeuvre complexe qui doit être réalisée et centrée sur les processus principaux, soit ceux ayant le plus d'influence sur les activités de l'entreprise. Hammer (1993) propose trois critères de sélection utilisés par les organisations lors de la priorisation de la restructuration de processus. Premièrement, le dysfonctionnement indique les processus les plus problématiques. Deuxièmement, il s'agit d'identifier les processus ayant le plus d'influence sur les clients de l'organisation. Troisièmement, le critère de la faisabilité implique les processus les plus susceptibles de subir une réingénierie avec succès.

Il est important lors de la reconception de processus, de formaliser des techniques de mesures afin de les maîtriser et de les gérer. Davenport (1993) invoque deux raisons qui favorisent la compréhension et la mesure des processus avant leur reconception. D'une part, la compréhension des problèmes permet d'éviter de les répéter. D'autre part, des mesures précises servent de ligne directrice à des améliorations potentielles.

L'analyse des processus peut s'effectuer à l'aide d'outils telles que la schématisation des processus, l'analyse de la pertinence et de la performance des processus, l'analyse de Pareto, la synthèse des constats et la priorisation des changements, etc (Andrews & Leventhal, 1993; Association des Hôpitaux du Québec, 1994).

L'analyse systématique des processus permet d'étudier toutes les étapes inhérentes à une activité de soins et, grâce à une approche critique, de réévaluer l'efficacité, voire la nécessité de chaque étape du processus. L'objectif est de ne maintenir que les étapes des processus qui apportent de la valeur à l'organisation centrée sur le patient. Les processus qui seront configurés devront l'être à nouveau. La réingénierie n'est pas un projet, elle se veut un état d'esprit (Jacob, 1993).

1.8 Réduction du temps du cycle de traitement

Ce que l'industrie manufacturière appelle la réduction du cycle de temps s'apparente à la diminution de la durée de séjour du patient dans le secteur hospitalier. Le modèle de l'hôpital centré sur le patient est une adaptation du concept du travail en cellule du domaine manufacturier. Il implique un regroupement de patients ayant des besoins similaires et la création de services complémentaires nécessaires autour d'eux (Institute of Industrial Engineers and Quality Resources, 1993; (IIEQR)).

D'après Thomas (1991), le cycle de temps total se définit comme un système qui utilise l'efficacité du temps qui sépare le moment où le client exprime un besoin jusqu'à ce que

celui-ci soit satisfait. Selon Thomas, pour réduire le cycle de temps, il faut éliminer les barrières qui allongent le temps d'opération. Il est possible d'améliorer les temps en éliminant les étapes du processus qui n'apportent pas de valeur. Ainsi, plus le cycle de temps est court, plus les opportunités sont présentes pour effectuer des améliorations et pour bénéficier du cycle d'apprentissage. Selon le Health Care Advisory Board (1992a), les délais doivent être analysés d'après la logique du modèle de Pareto. La figure 1.13, indique les principales causes des délais.

La réduction des cycles de temps du secteur hospitalier est en forte corrélation avec la gestion des processus qui constituent de vrais labyrinthes d'étapes complexes impliquant différentes personnes (HCAB, 1992a). Dans la même logique, les activités de soins s'exécutent de manière sectorielle. Pour illustrer cette problématique, voici l'exemple du personnel infirmier qui effectue une demande de test dans l'espace de 10 minutes; le courrier peut démontrer qu'à partir du moment où il a reçu la demande et effectué la livraison à la pharmacie un délai de 15 minutes s'est écoulé; la pharmacie a des études qui prouvent que seulement 20 minutes sont nécessaires pour effectuer l'analyse et être prêt à l'envoyer, etc. Chaque partie du processus semble bien fonctionner mais l'analyse finale montre que l'ensemble du service prend trop de temps (Lathrop, 1992).

La figure 1.14 présente un portrait des principales causes de délais qui surviennent entre le moment d'admission du patient jusqu'à son départ de l'hôpital (HCAB, 1992a).

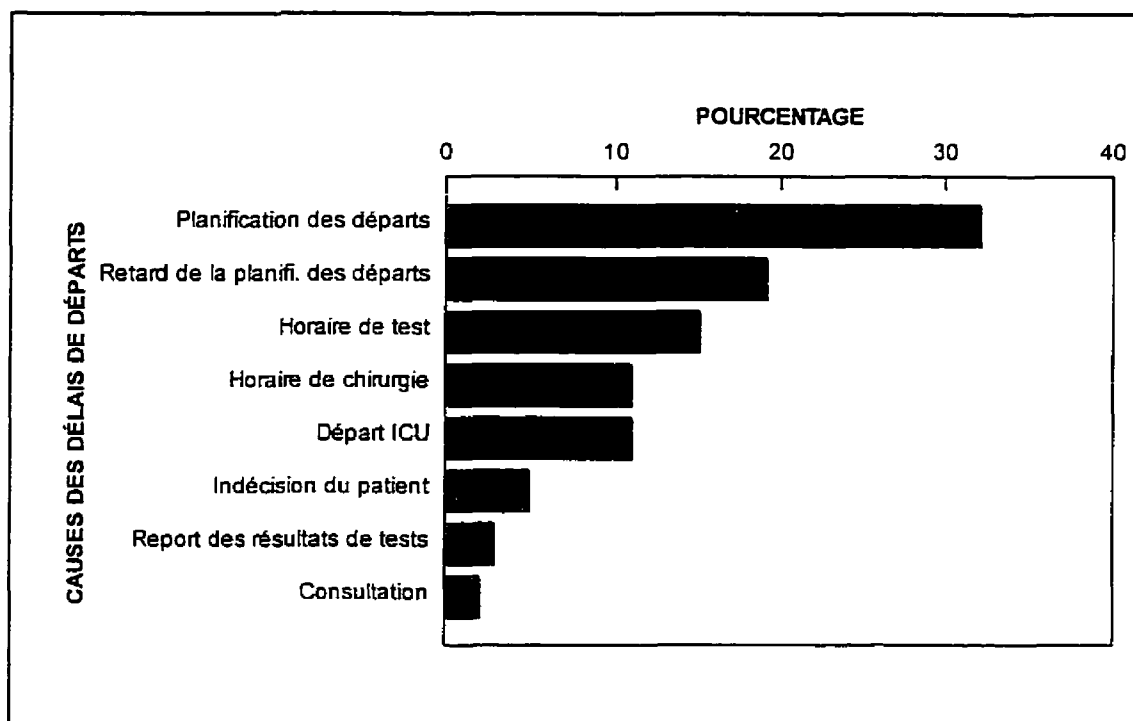


Figure 1.13: Principales causes de délais, source (The Governance Committee, 1992; p.42)

Le modèle de l'hôpital centré sur le patient a un impact sur la durée de séjour. En effet, ce modèle permet au personnel infirmier de développer une expertise de soins puisque le diagnostic du patient est plus étroit. De plus, les équipes de soins ont une vue d'ensemble du patient, de l'admission au départ. Cela assure une administration des soins et des traitements à temps. Le redéploiement des services auxiliaires aux unités de soins permet de raccourcir le temps de réception des traitements et de coordonner les activités plus efficacement. Ces activités ont pour résultat d'accélérer le départ des patients (HCAB, 1992a).

L'HÔPITAL TIPIQUE A UNE MULTITUDE DE GOULOTS DANS CHAQUE SERVICE

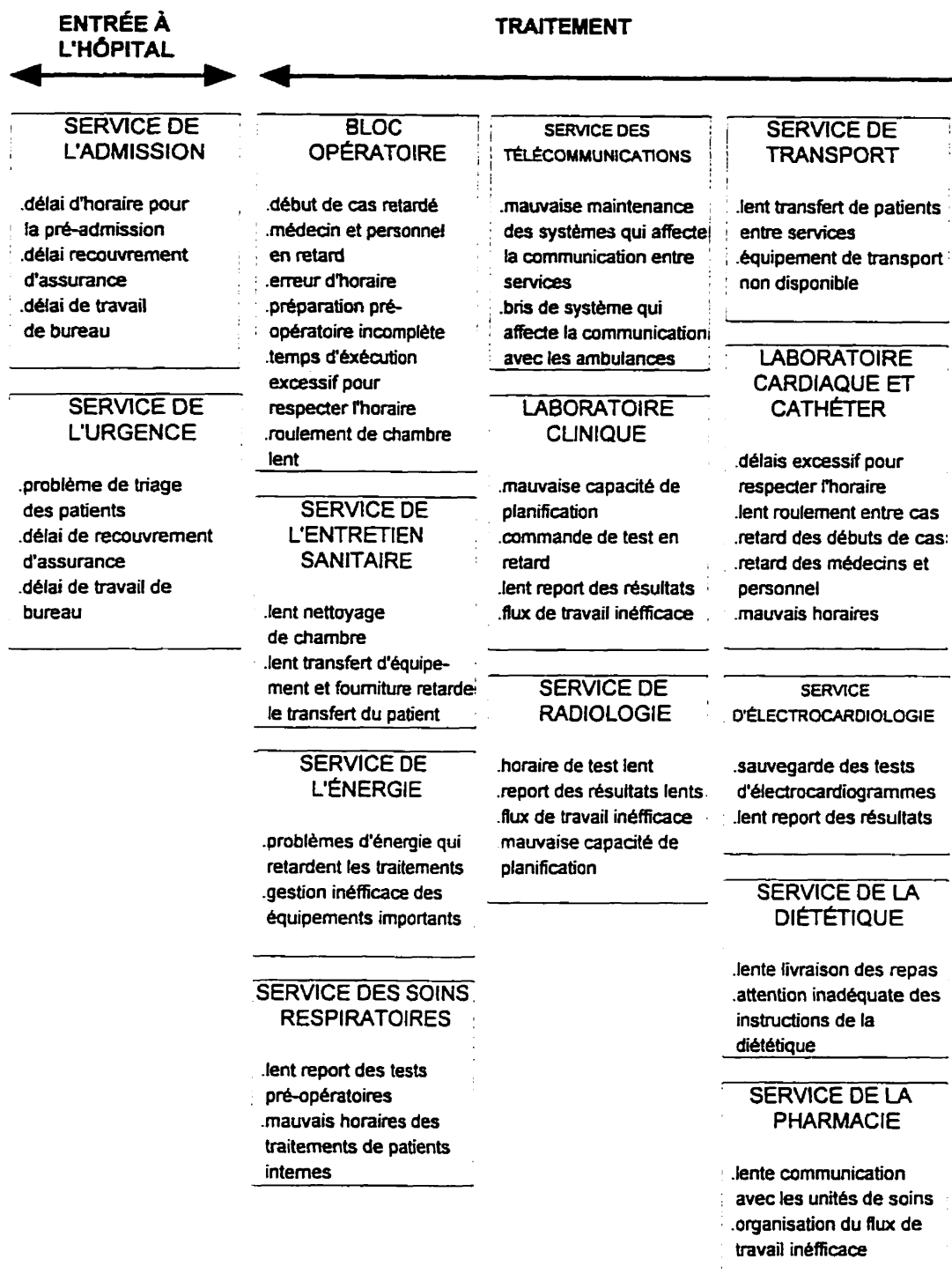


Figure 1.14: Principaux goulots des services dans un hôpital, source (The Governance Committee 1992; pp.26-27)

L'HÔPITAL TYPIQUE A UNE MULTITUDE DE GOULOTS DANS CHAQUE SERVICE

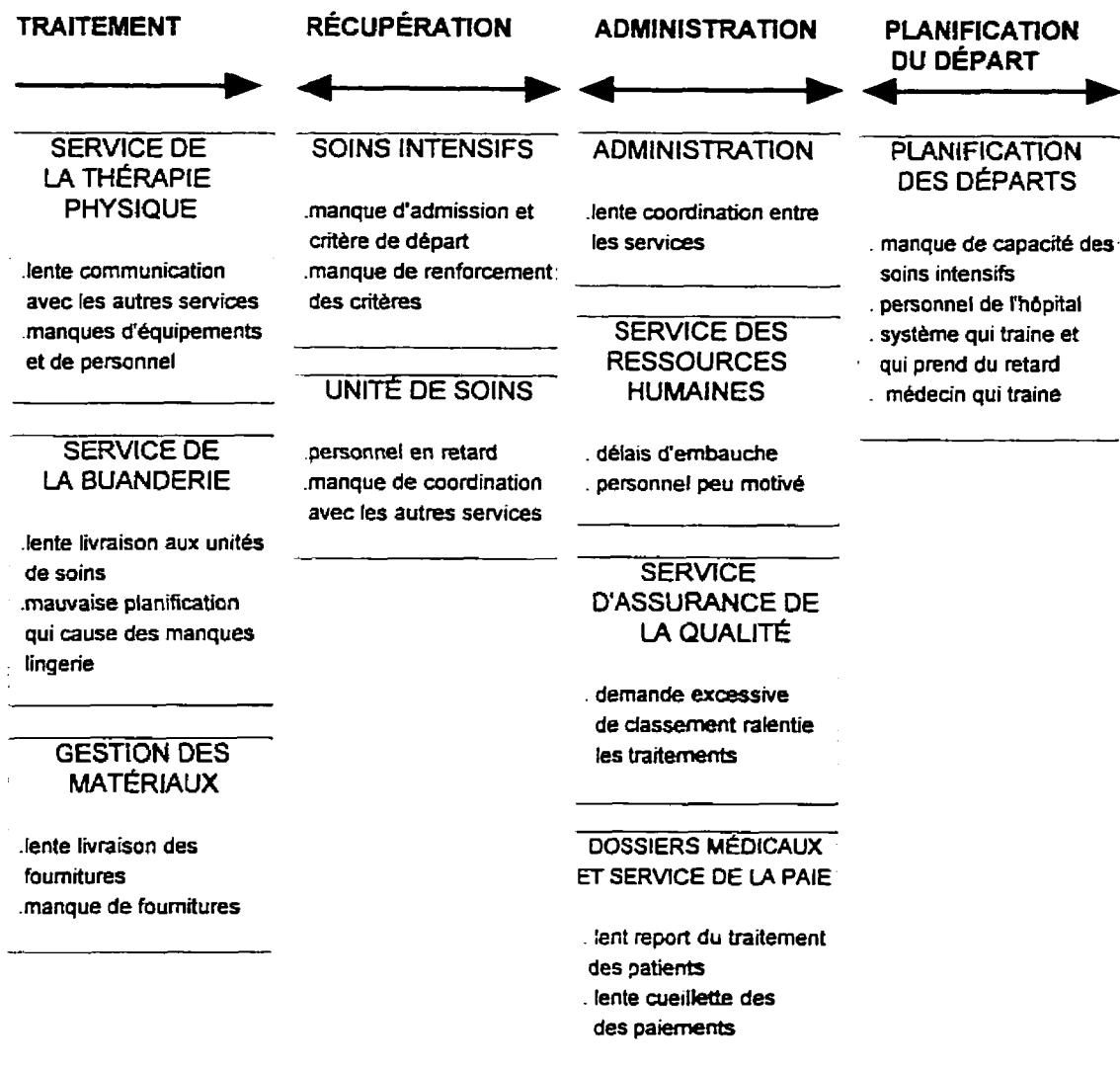


Figure 1.14: Principaux goulots des services dans un hôpital, source (The Governance Committee 1992; pp.26-27)

1.9 Implantation du modèle de l'hôpital centré sur le patient

La structure et les étapes d'implantation d'un projet de réingénierie sont essentielles à sa réalisation. Le modèle d'implantation proposé par l'Institute of Industrial Engineers and Quality Resources (1993), illustre clairement les étapes qu'il juge nécessaires à la réalisation d'un projet de réingénierie; il comporte cinq phases (voir figure 1.15).

Cette figure des étapes d'implantation de la réingénierie suggère qu'une réorganisation doit être cohérente avec la stratégie d'affaires de l'entreprise et centrée sur une approche client. La création d'une équipe multidisciplinaire chargée du projet constitue la main invisible de direction et d'orientation du projet de réingénierie. Cette équipe doit posséder une vision d'ensemble de l'organisation, sera diversifiée, composée de gens internes et externes à l'entreprise (Marshall & Yorks, 1994).

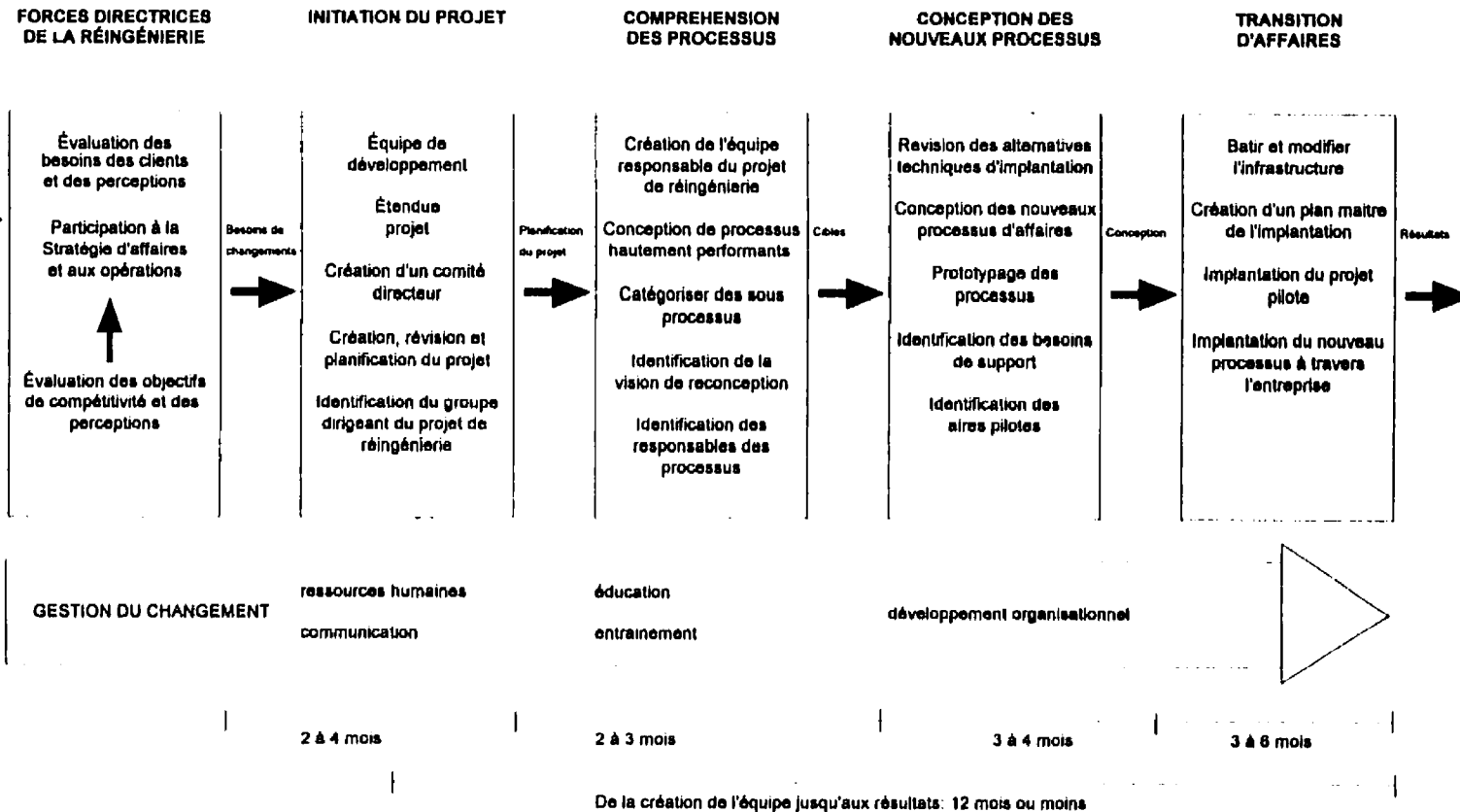
Elle tâchera lors de la réalisation de la réingénierie d'éviter d'analyser en profondeur le processus actuel mais essaiera plutôt de le comprendre. D'après Hammer (1993), lors de la démarche de réorganisation des processus, la reconception est la partie qui nécessite le plus d'imagination, de diligence et d'esprit créatif. L'implantation doit être judicieusement planifiée et organisée afin de favoriser l'application des changements multiples et souvent radicaux souscrits par les projets de réingénierie.

MÉTHODE D'IMPLANTATION D'UN PROJET DE RÉINGÉNIERIE

Figure 1.15:

1993; pp.12-13)

Méthode d'implantation d'un projet de réingénierie, source (IEEEAS,



Une des grandes difficultés du processus d'implantation de la réingénierie, est la constitution de nouvelles descriptions de tâches et du développement de méthodes et procédures (Bergman cité par Sherer, 1994).

Plusieurs auteurs considèrent par ailleurs qu'il est essentiel de développer d'excellents moyens de communication de l'information lors de l'implantation du modèle de l'hôpital centré sur le patient (Ellis, 1994; Marshall & Yorks, 1994). Ils recommandent de promouvoir la participation et l'implication du personnel affecté par les changements. L'acceptation des changements peut être longue à atteindre et être source de conflits.

1.9.1 Gestion du paradigme du changement organisationnel

Une gestion planifiée et stratégique d'un projet de réingénierie est essentielle à son implantation. Selon l'Institute of Industrial Engineers and Quality Resources (1993) la gestion du changement implique deux aspects:

Premièrement, il faut gérer le changement qui concerne plus particulièrement les ressources, les tâches, les plans, les horaires. En deuxième lieu, il faut diriger le changement qui implique les aspects de vision, de motivation, d'énergie, d'engagement, de comportement et de satisfaction.

Le changement a toujours été source de résistance. Certaines raisons rationnelles telles que l'incertitude, la charge de travail additionnelle, bref le risque et la critique sont des

barrières aux changements. En fait, nos paradigmes sont souvent les causes de cette résistance inconsciente (Morris & Brandon, 1993; Bergman, 1994).

Selon l'IIEQR (1993), Marshall & Yorks (1994) et Washel (1994) pour bien gérer le changement, il est important de développer un plan de communication qui positionne clairement le projet et ses impacts. L'objectif de ce plan est de justifier le changement au personnel de l'organisation. De plus, il est impératif d'assurer l'engagement et l'implication des ressources internes de l'organisation pour toute la durée du projet.

La réalisation d'une démarche de réingénierie amènera des résistances et des conflits car il n'y a pas de changement sans perturbation. Kanter (1988) et Washel (1994) soulignent que les résistances sont normales. Il ne faut surtout pas chercher à les occulter. Il faut au contraire en favoriser l'expression et supporter les gens qui les manifestent. Selon plusieurs auteurs (Peters, 1993; Ellis, 1994) la période la plus vulnérable au changement est celle de transition du modèle traditionnel vers le nouveau modèle. Les "terroristes" de l'organisation qui s'objectent aux modifications apportées vont utiliser ce changement pour défier l'organisation.

Une étude effectuée à l'université de Cambridge indique qu'une mauvaise gestion du changement durant un projet de réingénierie est la cause principale de son échec dans 35% des projets. L'étude de Bergeron et Falardeau (1994) abonde dans le même sens en plaçant la résistance au changement comme l'un des principaux facteurs d'échec d'un projet de réingénierie. Des études plus récentes vont jusqu'à prévoir des taux

d'échecs variant de 50% à 70% des projets de réingénierie (May & Kettlhut, 1996; Mumford & Hendricks 1996). Tous les auteurs sont unanimes sur l'importance d'avoir une gestion davantage orientée sur les facettes humaines de l'organisation pour réussir un projet de réingénierie (Dawe, 1996; Longo 1996; Trahan & Burke 1996).

Lors de l'implantation du modèle de l'hôpital centré sur le patient, plusieurs centres hospitaliers ont assuré au personnel une garantie d'emploi lors de la restructuration (Lathrop, 1992; Bergman, 1994; Ellis, 1994; Sherer, 1994). La stratégie est de réduire le nombre de postes par l'entremise de l'attrition. Selon Lathrop (1993), le plus grand défi de n'importe quel nouveau paradigme est de changer la manière dont les gens agissent et pensent. Effectuer les changements structurels de l'organisation est moins complexe que de gagner le cœur et l'esprit de milliers d'employés.

CHAPITRE II

ÉTUDE DE LA SITUATION ACTUELLE DE

L'ADMINISTRATION DES SOINS AUX PATIENTS

2.1 Introduction

Ce chapitre présente la situation actuelle du fonctionnement de l'administration des soins dans un hôpital. J'expliquerai les flux et les processus de traitement de patients admis à l'Hôpital Général Juif de Montréal (ci-après HGJ), notamment dans l'unité de soins pilote 7 ouest. Les différents services qui ont une importance stratégique dans le processus de soins des patients sont décrits sommairement. Afin d'identifier les phases d'attente pour l'administration des soins, les étapes de traitement de certains services sont dégagées.

L'analyse de l'organisation des soins de l'unité pilote est cruciale au processus de réingénierie. Il y a lieu donc de situer les principales composantes internes de l'unité étudiée, sa structure organisationnelle ainsi que les types de patients traités. De plus, les systèmes de communication, d'information et de documentation utilisés auprès de l'unité sont présentés. Enfin, un bilan de quatre différents intervenants externes à l'unité 7 ouest est identifié. Premièrement, les services auxiliaires réfèrent à plusieurs services indépendants qui offrent des soins complémentaires sans être administrés par l'équipe interne de l'unité pilote. Deuxièmement, les équipes de soins spécialisés prodiguent des soins infirmiers particuliers. Troisièmement, les services de support assument des

tâches techniques complémentaires aux activités de soins des unités. Enfin, les services administratifs s'occupent des activités cléricales et bureaucratiques sous-jacentes à l'administration des soins. Ce chapitre décrit en outre les étapes du processus de gestion des départs de patients et des durées de séjour à l'hôpital.

2.2 Population desservie à l'HGJ et catégorisation des patients

La population à desservir par le secteur hospitalier est répartie selon des régions géographiques. L'Hôpital Général Juif se situe dans la région 34, dont la clientèle a la particularité d'être la plus âgée du réseau de la santé. De plus, l'HGJ a la vocation de soigner l'ensemble de la communauté juive de la région de Montréal. Ces aspects intrinsèques à l'HGJ influent, d'une part, sur la complexité et la lourdeur des soins à administrer, et d'autre part, sur son achalandage.

L'hôpital prodigue des soins à cinq catégories de patients distincts dans les proportions suivantes: 30% en chirurgie, 28% en médecine, 23% en obstétrique, 16% pour les nouveaux nés et 3% en psychiatrie. Les patients admis en chirurgie ont des soins chirurgicaux, puis post-opératoires tandis que ceux orientés en médecine requièrent des soins non chirurgicaux. Les patientes déférées en obstétrique reçoivent des traitements liés à la grossesse et à l'accouchement. Les admissions pour les nouveaux nés englobent les soins aux bébés prématurés et nés à terme. Finalement, les patients acceptés en psychiatrie reçoivent des soins pour des décompensations psychologiques ou pour des maladies mentales.

2.3 Processus d'admission des patients

Le service de l'admission et celui de l'urgence sont les deux modes d'entrée à l'hôpital. Tandis que le premier admet 63% de l'ensemble des patients, le second génère de 37% des admissions. Le nombre des patients admis par les deux services en 1994-1995 fut de 23 275. L'Hôpital Général Juif a 728 lits et a une durée d'hospitalisation moyenne de 5.9 jours en 1995.

Distinguons trois catégories distinctes de patients:

1. L'admission élective englobe tous les patients prévus à l'horaire. Elle se fait pour des soins de type chirurgicaux.
2. L'admission urgente regroupe les patients imprévus et qui ont des besoins de traitements très variés.
3. L'admission semi-urgente regroupe les patients référés par un médecin et qui requièrent des soins dont la nécessité peut varier de quelques journées.

2.3.1 Admission par le service de l'admission

Le service de l'admission coordonne les activités de gestion du volume de patients qui doivent disposer des lits disponibles dans l'hôpital. Ce service doit adroitement orienter

le patient auprès de l'unité spécialisée dans son traitement et son diagnostic. À titre d'exemple, si un patient est admis pour une chirurgie du cœur, il est nécessaire d'avoir un lit disponible la veille de l'opération auprès d'une unité spécialisée en chirurgie cardiaque.

Ce service a la responsabilité d'informer le patient de la date et de l'heure à laquelle il doit se présenter à l'hôpital. Le patient admis pour une chirurgie doit effectuer des tests pré-opératoires. Ces derniers comprennent un examen physique, des prélèvements sanguins, un électrocardiogramme, des radiologies et la préparation de documents d'admission. Lors de la seconde visite, le patient reçoit son bracelet d'hospitalisation, sa carte d'hôpital, peut demander une chambre semi-privée ou privée, reçoit ses documents, et signe le formulaire d'admission. Tous ces documents sont déjà préparés avant l'arrivée du patient. Finalement, ce service informe le patient de l'unité de soins et de la chambre dans laquelle il séjournera durant son hospitalisation. Ce processus d'admission est rapide et efficace et prend une quinzaine de minutes seulement.

2.3.2 Admission par le service de l'urgence

Les patients admis par le service de l'urgence sont de 8612 par année. Ce service ambulatoire a une affluence constante de patients qui sont accueillis et suivent le processus d'admission présenté à la figure 2.1.

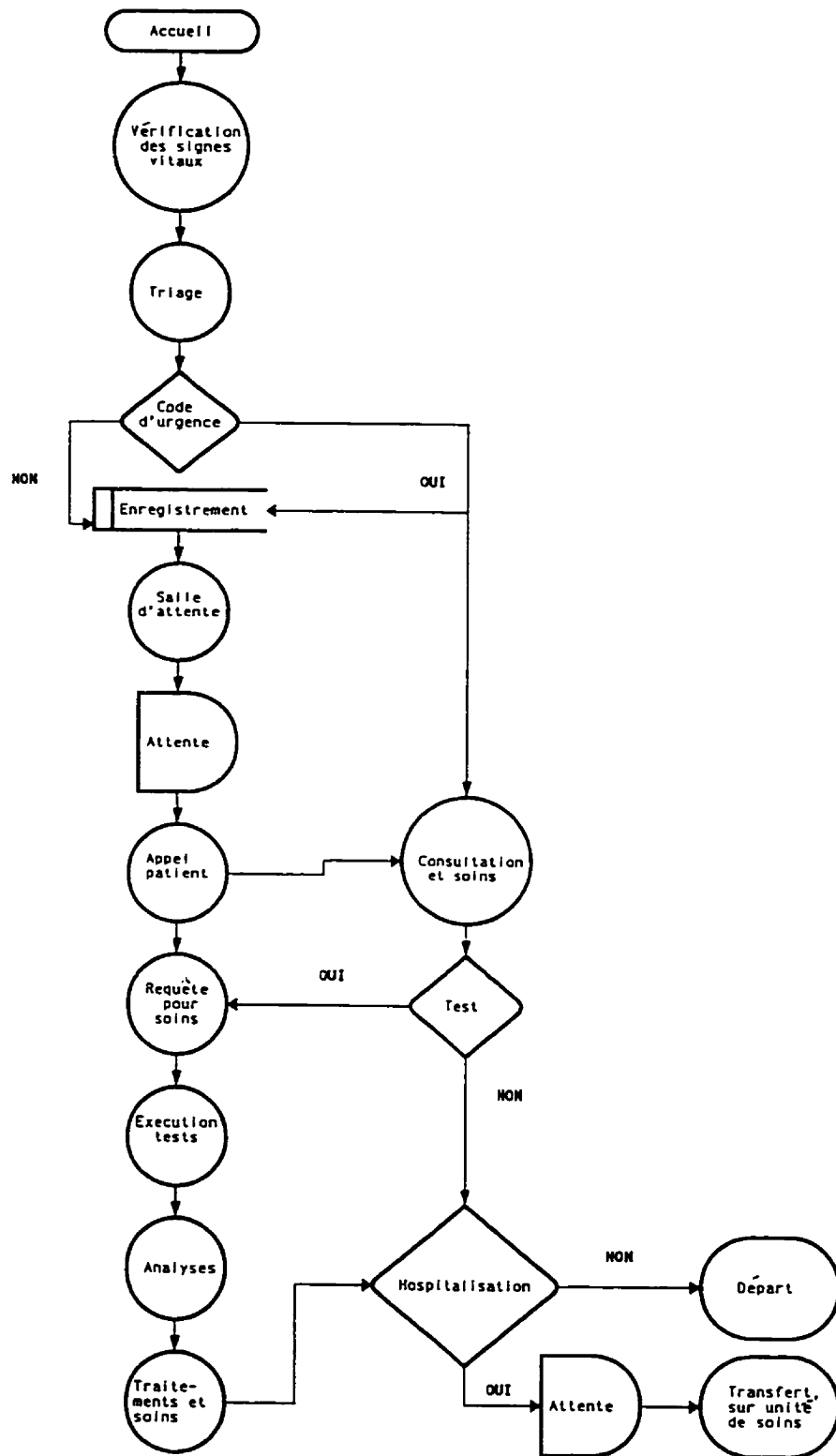


Figure 2.1: Flux de traitement d'un patient à l'urgence

Le service de l'urgence oriente les patients dans quatre salles différentes selon l'importance des soins à administrer. La salle de choc s'occupe des cas d'extrême urgence. La salle rouge est pour les soins critiques, alors que la salle verte est pour les patients en observation et en attente. Enfin, la salle jaune est utilisée lorsque le service de l'urgence est surchargé.

Si le patient doit être hospitalisé, l'équipe médicale identifie le diagnostic ainsi que l'unité de soins vers laquelle il devrait être dirigé. Cette information est transmise au service d'admission qui tentera d'obtenir un lit auprès de l'unité prescrite. Toutefois, si aucun lit ne se libère auprès de l'unité identifiée, le patient est orienté vers une autre unité. Il est aussi important de s'assurer de l'admission rapide d'un patient puisqu'un règlement du Ministère de la santé oblige les services d'urgence à transférer les patients auprès des unités de soins dans un délai maximal de 48 heures.

La durée moyenne du séjour à l'urgence des patients n'ayant pas besoin d'être hospitalisés est de huit heures. Finalement, les patients dont l'état exige une hospitalisation ont un délai d'attente de 3.5 heures, entre le moment de la demande et l'admission auprès de l'unité de soins.

2.4 Présentation de l'unité de soins pilote 7 ouest

2.4.1 Principaux types de patients traités

L'unité 7 ouest est spécialisée dans les soins aigus en médecine. Voici une liste des principaux diagnostics traités par cette unité:

Pneumonie, maladie pulmonaire et obstruction chronique, problèmes respiratoires, problèmes cardiaques, diabète Keto-Acidosis, saignements gastro-intestinaux inférieurs et supérieurs, confusion et dementia, cancer des poumons, cancer des seins, infection du système urinaire, infection rénale, HIV et inflammation des intestins, tuberculose, problèmes gastro-intestinaux (constipation, diarrhée, nausée, palpitation au coeur), phlébite, irritations, trombo-phlébite, infection intestinale, infection fongique, infection nosocomiale, problème d'hémodynamique, déséquilibre d'électrolytes.

Un document préparé annuellement indique les 20 principaux diagnostics traités par l'unité de soins. Ce document appelé DRG "Diagnosis Related Group" est basé sur le modèle de classification américain et se trouve en annexes 1, 2 et 3.

2.4.2 Composition et structure organisationnelle

L'unité 7 ouest a une capacité de 36 lits. Ses admissions proviennent principalement

de l'urgence, mais aussi par des transferts des soins intensifs, de l'unité médicale de soins de courte durée, de l'unité coronarienne, de la clinique d'oncologie et des unités de gériatrie. La durée moyenne d'hospitalisation est de 11.4 journées par patient. La proportion de femmes et d'hommes est respectivement de 55% et 45%, avec un âge moyen de 62 ans.

Cette unité de soins fonctionne 24 heures par jour et sept jours par semaine et son personnel est affecté selon un système composé de trois quarts de travail de huit (8) heures. Une équipe de 52 personnes se charge de l'ensemble des activités de soins de l'unité et se répartit de la façon suivante: Une infirmière chef ainsi qu'une assistante administrative s'occupent de gérer les activités de l'unité de soins. Le coeur de l'unité est composé d'une équipe de 22 infirmières à temps plein et de 11 infirmières sur appel. Une équipe de trois agents d'unité se partage les tâches de réception et de coordination de l'unité de soins. Enfin, quatre préposés aux bénéficiaires s'occupent du transport des patients et des fournitures, de la lingerie, de la toilette des patients, bref des tâches de support aux patients sur l'unité.

Le corps médical est constitué d'un médecin en charge de l'unité, de trois médecins en deuxième ou troisième année de résidence, de trois médecins en première année de résidence et de deux étudiants en médecine. Institution d'enseignement universitaire, l'HGJ, pousse son corps médical à développer son champ d'expertise en assurant sa rotation constante d'une unité à l'autre dans une période variant de quatre à six semaines.

Les infirmières administrent la grande majorité des soins aux patients, alors que les médecins jouent un rôle davantage consultatif et dans le choix du traitement. Ces derniers prescrivent les dosages et les types de médicaments à donner aux patients ainsi que les tests à effectuer.

Le tableau 2.1 montre la répartition de l'équipe de soins de l'unité 7 ouest selon les différents quarts de travail.

2.4.3 Moyens d'information et de communication

L'unité pilote ne dispose pas de système informatisé. Elle est toutefois dotée d'une console centrale et d'un système d'interphone avec les chambres des patients. Ce système permet aux patients et aux infirmières de communiquer bilatéralement.

L'unité de soins possède un télécopieur qui lui permet de recevoir et de communiquer de l'information aux services tels que l'urgence, les laboratoires, les CLSC et les centres d'accueils (Mont Sinaï, Hôpital Juif de Réhabilitation, Hôpital de Réhabilitation de Montréal, Hôpital Julius Richardson, Centre d'Accueil Juif). Enfin, le système de communication le plus utilisé dans l'unité sont les réquisitions qui permettent d'effectuer les requêtes auprès de la plupart des services dans l'hôpital.

TABLEAU 2.1
ÉQUIPE DE SOINS DE L'UNITÉ 7 OUEST

Équipe de soins	Nombre Q/Jour	Nombre Q/Soir	Nombre Q/Nuit
1. Infirmière chef semaine fin de semaine	1 0	0 0	0 0
2. Assistante administrative semaine fin de semaine	1 0	0 0	0 0
3. Infirmières semaine fin de semaine	8 7 à 8	6 6	4 4
4. Médecins semaine fin de semaine *1 médecin de nuit pour 2 unités	8 1	1 1	*1 1
5. Préposé aux bénéficiaires(femme) semaine fin de semaine	1 1	0 0	0 0
6. Préposé aux bénéficiaires(homme) semaine fin de semaine	1 1	1 1	1/2 1/2
7. Agent d'unité semaine fin de semaine 9h00/5h00 *soir 3h30/8h30	1 1	*1 0	0 0
Nombre total d'intervenants internes semaine fin de semaine	21 12 à 13	9 8	5 1/2 5 1/2

Nombre de patients par infirmière:

.Quart de jour: 5 à 6 patients

.Quart de soir: 6 à 7 patients

.Quart de nuit: 9 à 12 patients

2.4.4 Systèmes de documentation

Les feuilles de documentation sont omniprésentes: les infirmières documentent toutes les activités de soins effectuées par l'entremise de divers dossiers, à savoir:

1. évaluation des soins infirmiers

■document d'informations personnelles et de l'état de santé du patient à son admission;

2. fiches de médicaments

■document d'inscription des médicaments administrés aux patients;

3. notes d'évolution

■feuille d'observation et d'inscription des traitements administrés aux patients durant le quart de travail;

4. feuille des signes vitaux

■feuille d'inscription de l'état des signes vitaux des patients pour chaque quart de travail;

5. registre ingesta et excreta

■document d'inscription des solutions d'intraveineuses, des dosages et des excréctions des patients;

6. activités quotidiennes et fiches de traitement

■document d'informations telles que la nutrition, les éliminations, la mobilisation, l'hygiène, etc.;

7. GRASP

■feuille d'inscription de la charge de travail que représente chaque patient.

Les procédures et pratiques de l'institution incitent les infirmières à documenter les soins dont elles sont responsables notamment pour des raisons de protection légale.

2.5 Services auxiliaires

Les services auxiliaires englobent tous les services complémentaires de soins directs aux patients donnés par des intervenants externes à l'unité de soins.

2.5.1 Service de radiologie

Le service de radiologie est une unité dont les activités sont centralisées au deuxième étage de l'hôpital. Ce service comprend quinze salles spécialisées en radiologie, cinq appareils mobiles pour des radiologies de type radiographique (radiographie sans mouvement) et deux appareils mobiles de type fluoroscopique (radiographie avec mouvements). Ces appareils mobiles permettent de répondre aux besoins des patients amovibles. Le service de radiologie détient aussi deux scanners et cinq ultrasons. Il

est préférable d'effectuer une radiologie au service central plutôt qu'avec un appareil mobile ou une mini-suite de radiologie en raison de la fiabilité du film. Effectivement, la qualité de l'image est nettement supérieure avec les machines du service central et cela est d'une grande importance lors de la lecture et de l'analyse des films.

Une seule suite de radiologie décentralisée a été créée dans l'hôpital et se trouve au service de l'urgence. Cette mini-suite ne s'occupe que des radiologies simples telles que celles du dos, des cuisses et des bras. Elle répond aux exigences de l'urgence puisque la majorité des radiologies y sont peu complexes. Pour toutes les autres radiologies, le service de l'urgence fait appel au service central qui exécute sa requête dans un délai maximal de deux heures. La suite de radiologie du service de l'urgence ne fonctionne à temps plein que durant le quart de jour. Les besoins en radiologie durant les quarts de soir et de nuit sont pris en charge par le service de radiologie qui réalisera les prises de radiologie au service central. Ce service est ouvert, pour les examens de routine, de 8h00 à 17h00, du lundi au vendredi. Il offre toutefois son service pendant 24 heures pour l'urgence et les patients internes.

Une équipe de 80 personnes, comprenant des radiologues, technologues, du personnel cléricale et des préposés au transport, constituent le service de radiologie. Pour exécuter les opérations de prises et d'analyses de radiologies le personnel doit faire partie de l'Ordre des Technologues en Radiologie du Québec.

Une unité de soins qui désire prendre la radiographie d'un patient doit remplir, faire

approuver par un médecin et envoyer sa requête au service de radiologie. Dès que la réquisition est reçue par le service central, elle sera traitée dans un délai variant de quelques heures à deux journées, dépendant du type d'examen, de son urgence et de la disponibilité des équipements. La radiologie sera analysée par le radiologue dans un délai variant de 36 à 48 heures. Le service de radiologie possède une équipe centralisée de préposés qui s'occupent du transport des patients des unités de soins vers le service de radiologie. Le transport s'effectue de quatre manières: à pied, en chaise roulante, sur civière de transport ou avec le lit du patient. Dès que le service de radiologie peut répondre à une requête, il envoie un préposé vers l'unité de soins. Le processus complet de traitement d'un patient, tel qu'illustré à la figure 2.2, prend entre 30 et 90 minutes.

2.5.2 Services de laboratoire

Les services de laboratoire effectuent les diverses analyses d'échantillon et regroupent sept spécialités, qui sont situées au premier étage de l'hôpital, soit:

1. hématologie
 - Analyse des cellules du sang et de l'hémoglobine
2. chimie clinique
 - Analyse des substances du sang
3. microbiologie
 - Étude des pathogènes, des microbes, des causes d'infections

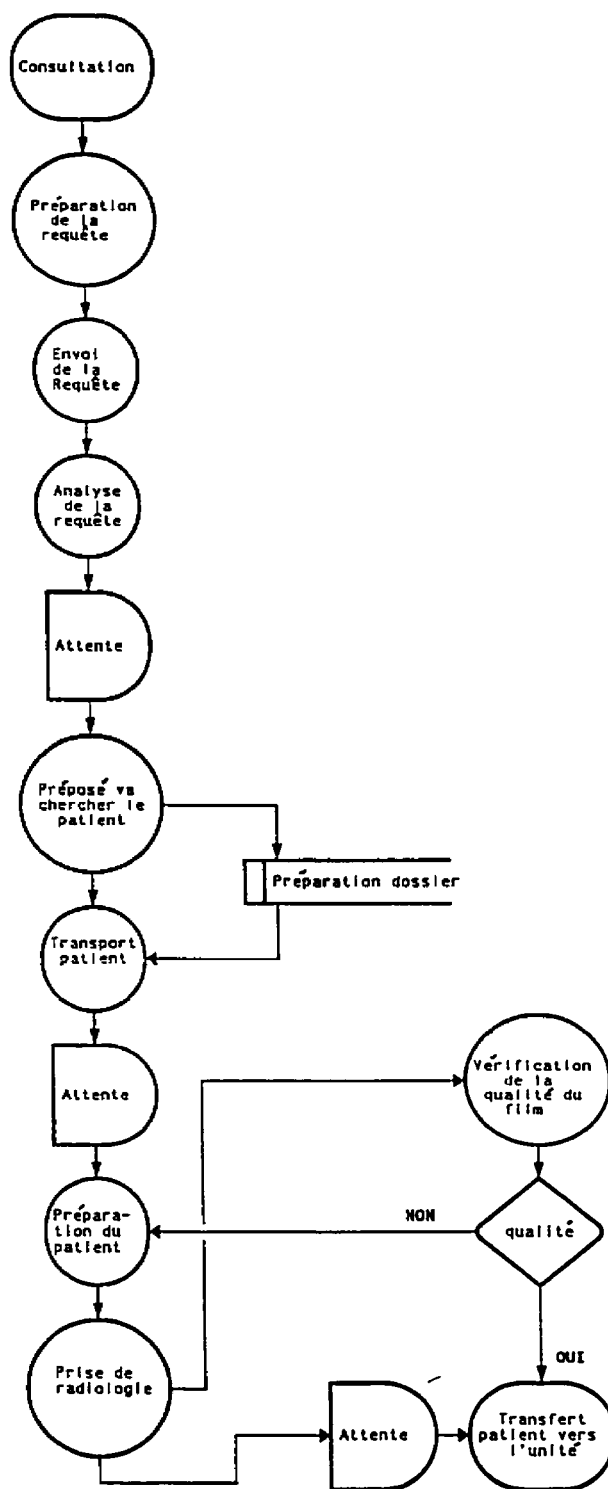


Figure 2.2: Flux de traitement d'une radiologie

4. banque de sang
 - Analyse des compatibilités sanguines pour transfusion
5. histo-pathologie
 - Étude des tissus
6. cytologie
 - Étude des cellules
7. immunologie
 - Étude des anti-corps et tests d'allergies

Ces laboratoires centralisés sont très automatisés et leur important volume leur permet d'avoir des coûts de traitement moins élevés. Le coût en équipement des grands laboratoires, tels que l'hématologie et la chimie clinique, est d'environ un million de dollars par laboratoire alors que chacun des autres laboratoires dispose d'un équipement valant approximativement un demi million de dollars. Le personnel travaillant dans les laboratoires doit détenir un certificat de l'Association des Technologues de Laboratoires.

Les coûts de traitement des échantillons varient entre deux dollars et vingt-cinq dollars dépendant du test et des analyses requises. Les résultats des requêtes urgentes sont envoyés par télécopieur ou communiqués par téléphone aux unités de soins. Le temps d'exécution d'un test simple prend de cinq à dix minutes seulement.

Les échantillons de sang sont prélevés par l'équipe des intraveineuses et par les

infirmières de l'hôpital. Ces échantillons sont par la suite transportés vers les laboratoires par le service de messagerie. Les laboratoires effectuent les analyses dont les résultats seront par la suite transmis aux unités de soins par les messagers. La majorité des tests sont réalisés à même les laboratoires de l'hôpital. Toutefois, certains tests spécialisés sont parfois effectués auprès d'autres hôpitaux ayant l'expertise ou l'équipement requis.

La figure 2.3 illustre le processus de traitement complet d'un échantillon.

2.5.3 Service de pharmacie

Le service de pharmacie a déjà entrepris la décentralisation de ses activités. En effet, l'hôpital a constitué cinq pharmacies satellites situées aux unités de soins 2 centre, 3 oncologie, 4 centre, 6 ouest, 7 ouest. Les dernières sont ouvertes durant deux quarts de travail, soit de 8h00 à 16h00 et de 13h00 à 20h00. Chaque équipe est formée d'un pharmacien et d'un technicien.

La pharmacie satellite à l'unité 7 ouest approvisionne quatre unités de soins. Le pharmacien se charge de donner des services de consultation, des interventions cliniques et accompagne le corps médical lors de ses tournées. Le technicien prépare les cassettes à médicaments pour chaque patient et approvisionne en fournitures la pharmacie centrale..

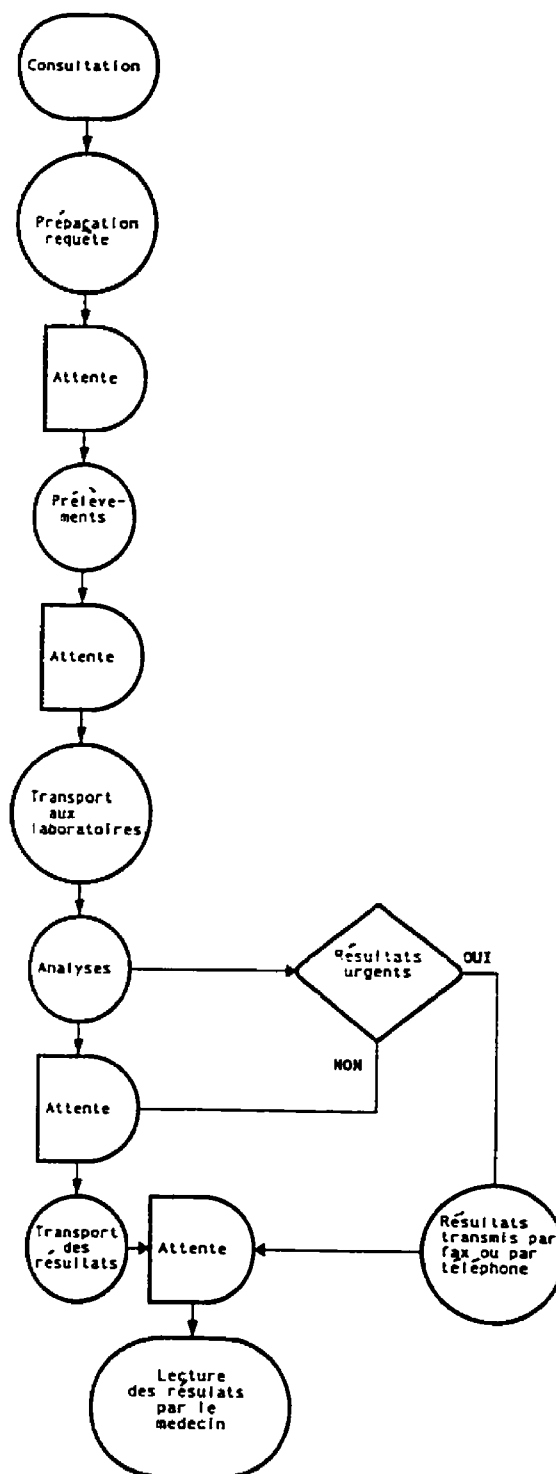


Figure 2.3: Flux de traitement d'un échantillon sanguin

La pharmacie centrale est localisée au rez-de-chaussée et gère les produits pharmaceutiques de l'hôpital et leur distribution auprès de pharmacies satellites. Elle répond aussi aux prescriptions des patients des services externes. Les pharmacies satellites sont munies d'un système informatisé de gestion des médicaments qui est interrelié avec la pharmacie centrale. Les services des pharmacies satellites offrent d'excellents supports aux unités clientes.

2.5.4 Service de thérapie respiratoire

Le service centralisé de thérapie respiratoire administre des traitements et des médicaments pour les problèmes respiratoires. Il est composé d'une équipe de 35 techniciens et thérapeutes qui font partie de la Corporation Professionnelle des Inhalothérapeutes du Québec.

L'équipe de thérapie respiratoire prodigue ses services spécialisés au bloc opératoire, à la fonction pulmonaire, aux soins intensifs, à la néonatalogie et aux unités de soins. Ce service offre des traitements pour des arrêts cardiaques, des crises d'asthme, des maladies respiratoires et cardiaques, des traitements de ventilation et d'intubation, des traitements d'aérosol et de ventolin, bref divers soins liés aux problèmes respiratoires.

Une équipe de dix thérapeutes s'occupe des salles opératoires alors que cinq thérapeutes prennent en charge le service de fonctions pulmonaires. De plus, une équipe de vingt thérapeutes et techniciens parcourt le reste des unités de soins à

travers l'hôpital. Les services en inhalothérapie, sont donnés sur prescription médicale. Par la suite, l'infirmière chargée du patient communique sa requête au service d'inhalothérapie. Chaque thérapeute s'occupe des besoins de quelques unités de soins. Ce département offre des services avec paget pour les cas urgents, les arrêts cardiaques et les soins intensifs. Le service d'inhalothérapie est ouvert tous les jours durant 24 heures.

L'équipe d'inhalothérapie passe beaucoup de temps à se déplacer entre les différents traitements de patients. Enfin, divers traitements respiratoires sont administrés aux patients durant leur séjour par différents inhalothérapeutes, au point de rendre ce service peu personnalisé.

2.5.5 Service de thérapie physique

La thérapie physique est centralisée et localisée au sous-sol de l'hôpital. Une équipe de 18 employé(e)s y travaille et offre les soins de conseils au personnel infirmier et de rééducation physique aux patients internes et externes. Une équipe de huit physiothérapeutes déploie ses efforts auprès des unités de soins, alors que six physiothérapeutes se chargent des patients externes dans une salle de physiothérapie. Le personnel spécialisé dans cette discipline fait partie de l'Ordre des Physiothérapeutes.

Les physiothérapeutes qui travaillent auprès des unités de soins offrent leurs services

à des unités déterminées. C'est donc presque toujours le même physiothérapeute qui prodiguera les soins aux patients d'une unité. L'équipe de physiothérapie se déplace sur l'unité de soins assignée et s'assure de répondre aux besoins des patients durant le jour seulement.

2.5.6 Service des intraveineuses

Le service des intraveineuses est constitué d'une équipe de trois employées. Cette équipe va sur toutes les unités de soins afin d'y effectuer les prélèvements sanguins dans la matinée. La majorité des prises de sang s'effectue selon un horaire pré-établi. Cette équipe répond aussi aux appels de prélèvements d'urgence et difficiles à réaliser.

2.5.7 Service de diététique

Une équipe de diététique, composée d'une diététiste nutritionniste et d'une technicienne diététique, est présente sur l'unité de soins 7 ouest. La diététiste répond aux besoins de deux unités de soins; elle évalue et recommande la diète des patients. La technicienne s'assure du calcul des diètes, de la préparation des menus et de la collecte des demandes de menus pour trois unités.

2.5.8 Service d'électrocardiogrammes

Une équipe composée de l'équivalent de cinq et demi employé(e)s parcourt toutes les unités de soins pour effectuer les électrocardiogrammes. Ce service est ouvert de 8h00 à 16h00. La prise d'un électrocardiogramme est relativement simple et ne requiert que quelques minutes. Les unités indiquent leurs besoins en matinée. Une équipe qui parcourt l'hôpital détient une feuille de route lui indiquant quel patient nécessite une prise d'électrocardiogramme. De plus, un système d'étiquettes de requête est présent sur l'unité afin d'identifier les patients à suivre. Enfin, pour les demandes urgentes, l'équipe d'électrocardiogramme peut être rejointe par l'entremise d'un paget.

2.6 Équipes de soins spécialisés

Les équipes de soins spécialisés sont au nombre de douze. Elles sont très petites et composées de personnel très spécialisé dans des soins particuliers.

► Équipe de nutrition

Cette équipe est composée de deux spécialistes, un médecin et une diététicienne, qui administrent la nourriture par intraveineuse ou tubes aux patients. Cette opération est complexe et nécessite une formation et de l'expérience.

► Équipe de travailleurs sociaux

L'équipe de travailleurs sociaux assiste à la solution des problèmes complexes reliés

aux départs des patients. Ils évaluent les situations familiales, les problèmes financiers, d'anxiété, d'autonomie, de besoins d'équipements médicaux à domicile et de problèmes de transferts auprès des différentes institutions de transferts.

► **Équipe de liaison**

Cette équipe est composée de deux infirmières chargées d'avancer le processus de départs des cas problématiques tels qu'un patient confus ou ayant des problèmes familiaux, etc.

► **Équipe de soins palliatifs**

Une équipe de deux spécialistes offre un support émotionnel ou moral et des conseils médicaux pour alléger la douleur des patients en phase terminale.

► **Équipe de soins de la peau**

Une équipe de deux infirmières se charge de conseiller, prévenir et régler les problèmes de peau.

► **Équipe d'intraveineuse centrale**

Une spécialiste s'occupe d'insérer les intraveineuses centrales (artères principales telles que le cœur).

► **Équipe de paralysie**

Cette équipe donne des conseils de traitements pour les patients ayant des paralysies. Elle suit les patients paralysés, de leur admission jusqu'à leur départ.

► **Équipe de thérapie de la parole**

Cette équipe suit les patients ayant des problèmes à avaler et évalue leurs réflexes afin de s'assurer qu'ils sont capables de se nourrir de façon autonome.

► **Équipe de maladies infectieuses**

Cette équipe composée de trois infirmières, conseille le personnel médical et infirmier pour les patients ayant des maladies infectieuses. L'équipe gère les activités reliées au contrôle des maladies infectieuses dans l'hôpital.

► **Équipe de gériatrie**

Cette équipe évalue l'état de santé des patients gériatriques afin de vérifier si le patient est apte à quitter l'hôpital. Elle trouve aussi les centres où placer les patients.

2.7 Services de support

Les services de support offrent l'assistance et les supports techniques aux unités de soins et divers services de l'hôpital.

2.7.1 Service de l'entretien sanitaire

Le service de l'entretien sanitaire est centralisé. Différentes équipes s'occupent de tâches spécifiques d'asepsie et de salubrité à travers l'hôpital.

Une équipe composée d'un préposé aux tâches lourdes et d'une préposée aux tâches légères a la responsabilité d'assurer la salubrité de l'ensemble d'une unité de soins. L'horaire de travail est de 7h00 à 15h30. Le quart de travail de soir et de nuit est assuré par une équipe volante, sur appel.

2.7.2 Service de diététique

Le service de diététique est centralisé et s'occupe de préparer et de distribuer les repas aux patients. Les repas sont servis d'après l'horaire suivant: un petit déjeuner vers 8h30, un déjeuner vers 13h00 et un dîner vers 18h00. De plus, ce service distribue trois collations durant la journée et, à deux reprises, distribue de l'eau aux patients. Enfin, une fois par jour, ce service s'assure d'approvisionner en rafraîchissements l'unité. Ces services sont réalisés par trois personnes différentes durant la journée et représentent une charge de travail d'une demi-employée par jour et par unité.

2.7.3 Autres services de support

D'autres services de support tels que la buanderie, le centre de stérilisation, la

réception, la maintenance, la sécurité, pour n'en nommer que quelques uns, interagissent avec les activités quotidiennes des unités de soins. Ces services de support n'ont pas une présence marquée bien qu'essentielle auprès des unités de soins.

2.8 Services administratifs

Les services administratifs offrent des services de support de gestion et se chargent de certaines tâches administratives et cléricales liées aux activités des unités de soins.

2.8.1 Service des archives médicales

Le service centralisé des archives médicales gère les dossiers médicaux. Ce service est regroupé en trois secteurs:

Premièrement, le secteur de l'admission et des départs assemble et complète les dossiers et assure l'analyse, la codification, les recherches statistiques et finalement le stockage. Le deuxième secteur englobe les services ambulatoires et cliniques tandis que le secteur clérical assure la correspondance des documents et les activités de secrétariat.

Le service des archives médicales a la responsabilité de distribuer aux unités de soins le dossier médical de chaque patient admis à l'hôpital et d'en assurer la confidentialité.

Il doit aussi récupérer les dossiers médicaux qui auraient été inadéquatement complétés à la fin de l'hospitalisation des patients. Lorsque les dossiers médicaux présentent des lacunes, ce service contacte la personne ressource pour les compléter.

2.8.2 Service de l'admission

Le service de l'admission est centralisé au premier étage. Il coordonne les activités d'admission des patients dans l'hôpital (voir 2.3.1).

2.9 Processus de départ

Le départ d'un patient implique une planification et une coordination des corps médical et infirmier. À partir du moment où le médecin décide qu'un patient est rétabli et peut quitter l'institution, il est essentiel de s'assurer *a priori* que son état de santé lui permet de retourner chez lui. Si le patient n'est plus autonome, l'hôpital a la responsabilité de le transférer dans une institution d'accueil. La veille du départ avant 20h00, le médecin traitant doit préparer le formulaire de départ et les prescriptions médicales. De plus, les requêtes de départ vont inclure le moment et l'heure du plan de suivi du patient. Finalement, le patient et/ou la famille doivent être informés dès que possible du moment de départ prévu.

Le patient qui doit être transféré dans une institution d'accueil aura besoin d'un moyen de transport. L'unité coordonnera cette activité par l'entremise du service central de

contrôle de transport. Enfin, l'infirmière vérifiera si le patient a besoin d'être accompagné à la sortie de l'hôpital.

Selon la politique de départ de l'hôpital, le patient doit avoir quitté sa chambre avant 8h30. L'agent d'unité informera le service de l'admission du jour de départ du patient ainsi que de toute annulation de départ. Finalement, après le départ du patient, il faudra compléter et envoyer les dossiers médicaux dans un délai de 24 heures.

2.10 Durée de séjour d'hospitalisation

La durée du séjour est un critère d'évaluation de la performance, de haute importance, dans le secteur de la santé. On mesure ainsi le temps nécessaire pour administrer des soins aux patients lors d'une hospitalisation. La durée de séjour est déterminée par le ratio suivant:

- $\text{journées d'hospitalisation de patients} / \text{nombre de patients admis}$

La durée de séjour moyenne de l'ensemble des patients admis à l'Hôpital Général Juif est de 6.2 jours présence. Ce résultat est très performant comparé à la moyenne de 7.8 jours/présence d'institutions similaires du réseau de la santé. La durée moyenne de séjour de l'unité de soins 7 ouest de 11.2 jours présence. Elle est plus élevée que celle de l'hôpital à cause du type de clientèle soignée.

CHAPITRE III

L'ÉCHANTILLONNAGE, LE PROTOCOLE DE RECHERCHE

ET LES DONNÉES RECUEILLIES

3.1 Introduction

Ce chapitre présente le protocole de recherche et les données recueillies sur les soins aux patients dans l'unité pilote. La démarche de l'étude et le modèle du protocole de recherche sont présentés. Par la suite, les données et les variables recueillies sont décrites et leur analyse est soutenue par des analyses statistiques. Enfin, les échantillons de patients à diagnostics gastriques et pulmonaires ont été validés afin d'évaluer leur représentativité vis-à-vis la population de ce type de patients admis au 7 ouest.

Une étude connexe distinguant les principaux services auxiliaires du volume des prélèvements sanguins effectués, sera présentée. Nous détaillerons aussi les causes principales des retards dans le départ des patients. Les résultats de ces analyses nous seront fort utiles pour le processus de réingénierie de l'unité de soins qui nous occupera dans le prochain chapitre.

3.2 Protocole de recherche

Une étape stratégique du projet de recherche fut l'observation de l'organisation des

soins aux patients sur l'unité de soins du 7^{ième} étage ouest. Le protocole de recherche visait à obtenir des informations quantitatives et qualitatives sur les diverses activités de soins durant la durée d'hospitalisation d'un certain nombre de patients. L'étude a permis de recueillir plusieurs données importantes, tels que les types de soins prodigués, les modes de déplacements du patient à l'extérieur de l'unité ainsi que le personnel soignant qui interagit avec le patient durant son hospitalisation.

La recherche a été concentrée principalement sur deux catégories de diagnostics de patients admis à l'unité, à savoir: pulmonaire et gastrique. Nous avons sélectionné ces diagnostics à cause de leur prééminence mais aussi parce qu'ils sont étroitement liés à la spécialisation de l'unité de soins 7 ouest.

La réalisation du protocole d'observation a nécessité un processus d'approbation relativement complexe. En effet, il fallait obtenir l'accord de plusieurs instances concernées dans l'hôpital. De nombreuses démarches entreprises auprès de la Direction des Services Professionnels et du Comité d'Éthique de l'hôpital ont finalement permis d'assurer que le modèle et l'objectif du protocole d'observation satisfassent aux exigences éthiques de la recherche liée aux traitements de patients (voir les annexes 6,7 et 8). La période d'observation s'étalait du 24 mai au 18 juillet 1995. Les diverses composantes du flux de traitement d'un total de 40 patients ont été observées sur un nombre total de 170 admissions à cette unité. Les protocoles complétés concernent 27 patients à diagnostics pulmonaires et 13 à diagnostics gastriques.

La démarche comportait les étapes suivantes:

- ▶ catégorisation des patients dès l'admission au 7 ouest d'après leur diagnostic, puis choix d'un échantillon parmi les patients admis avec un diagnostic pulmonaire ou gastrique;
- ▶ observation des soins aux patients (suivi des patients, observation des soins prodigués par les infirmières et autres intervenants de soins) sélectionnés dès leur admission jusqu'à leur départ de l'unité;
- ▶ observations réalisées à tous les deux jours pendant toute la durée du projet et cela pour des quarts de travail de huit (8) heures;
 - ▶ observation durant les quarts de travail de jour (7h00 à 15h00) et de soir (15h00 à 23h00);
 - ▶ les quarts de travail de nuit (23h00 à 7h00) n'ont pas été observés dû au volume réduit de soins qui y sont administrés;
- ▶ le total de 28 quarts de travail durant le projet, dont 19 de jour et neuf de soir, représente une période d'observation de 224 heures;
- ▶ compilation d'informations complémentaires par consultation des dossiers médicaux, du personnel infirmier et de divers documents pour les quarts de travail

non observés;

- compilation d'autres dimensions liées au processus de traitement, à savoir: l'admission, les variables d'âge et de sexe, le diagnostic du patient, les intervenants externes et internes, les types de soins offerts, les services auxiliaires, les équipes de soins spécialisés, les temps de traitements et leurs délais.

La réalisation du protocole d'observation a permis de mieux saisir l'environnement de travail d'une unité de soins. Les données recueillies serviront de base à la réingénierie du modèle de gestion des soins.

3.3 Présentation des données recueillies

3.3.1 Détermination de la population et de l'échantillon

L'analyse des données vise d'abord à valider la présentation de l'échantillon étudié et à assurer que les variables analysées soient représentatives de la population.

La population du bassin d'admission à l'unité pilote a été de 649 patients en 1993-1994 et de 799 patients au cours de l'année 1994-1995. Le nombre d'admissions a augmenté de 19% au cours de l'année 1994-1995, notamment en raison de deux facteurs qui ont permis d'augmenter la capacité d'admission:

- ◆ transfert de patients à long terme vers d'autres unités;
- ◆ gestion diligente et centrée sur la réduction des séjours.

Le rapport appelé DRG "Diagnosis Related Group" regroupe le nombre de patients faisant partie des 20 principaux diagnostics ayant été traités sur l'unité (voir annexes 1, 2 et 3). Le DRG de 1993-1994 de l'unité 7 ouest dénombre 181 patients à diagnostics pulmonaires et 28 à diagnostics gastriques, représentant, ensemble, 51% des 408 cas inscrits au rapport. Les patients ayant des diagnostics gastriques et pulmonaires représentent donc la moitié des admissions, soit approximativement 331 ($649 \times 51\%$) cas par année.

Dans le même ordre d'idées, en 1994-1995, on dénombre 207 patients à diagnostics pulmonaires et 17 à diagnostics gastriques, représentant 56% des 401 cas inscrits dans le rapport. Ainsi, on peut estimer un total de 447 ($799 \times 56\%$) admissions de ces catégories de diagnostics par année.

L'ensemble des admissions englobe des patients avec des diagnostics très diversifiés. D'après les résultats des DRG, on peut estimer qu'au moins 50 différents diagnostics sont traités annuellement au 7 ouest.

Toutefois, les données statistiques des DRG de 1993-1994 et 1994-1995 comme outils de dénombrement des diagnostics de patients n'ont pas été retenues pour valider l'échantillon étudié. En effet, une restructuration du type de population auprès de l'unité

7 ouest a eu lieu en mars 1995. Une douzaine de patients hospitalisés à long terme sur l'unité furent alors transférés à une autre unité, libérant ainsi des places pour l'admission de patients à diagnostics pulmonaires et gastriques. L'impact de ce changement n'est pas représenté dans le rapport annuel du DRG, ce qui met en doute sa précision pour valider l'échantillon étudié.

Une autre méthode plus précise de compilation et d'évaluation des admissions à caractère pulmonaires et gastriques a été retenue: selon le cahier de bord des admissions de l'unité. Ce relevé des admissions a été réalisé pour la période du 1er janvier au 31 juillet 1995. Cette période est pertinente puisqu'elle englobe celle de la réalisation de l'étude. Le nombre total de patients admis avec des diagnostics pulmonaires ou gastriques était respectivement de 191 et de 66 cas. Cela représente sur une base annuelle un nombre de 440 patients, soit 327 cas pulmonaires et 113 cas gastriques.

L'échantillon aléatoire étudié comprenait 13 cas à diagnostics gastriques, et 27 patients à diagnostics pulmonaires, ce qui représente respectivement 11.5% (13/113) et 8.3% (27/327) de la population annuelle.

3.3.2 Validation statistique des échantillons observés

Les calculs statistiques présentés dans cette partie permettent d'évaluer l'exactitude des échantillons aléatoires prélevés lors du protocole d'observation. Les tableaux 3.1 et 3.2

brossent un portrait des principales données analysées lors du protocole ainsi que les calculs statistiques qui visent à valider la représentativité de l'information recueillie. Les formules statistiques se trouvent à l'annexe 5.

3.3.2.1 Distribution du t de Student

La distribution du t de Student a été retenue comme méthode statistique pour valider les variables étudiées des échantillons pour deux raisons.

1. les échantillons étudiés sont plus petits que 30;
2. la variance de la population est inconnue.

Les variables étudiées ont été évaluées d'après un intervalle de confiance de 95% afin d'assurer un degré de précision élevé. Les résultats des intervalles de confiance des variables étudiées d'après la distribution du t de Student se retrouvent dans les tableaux 3.1 et 3.2. La formule du t de Student est présentée à l'annexe 5.

3.3.2.2 Définition des variables

Un total de cinq variables ont été identifiées comme nécessaires à notre modèle. Ces variables doivent être analysées statistiquement et se définissent de la façon suivante:

- ⇒ soit A_i la durée de séjour du patient i au service de l'urgence, A_i est indépendante de A_j pour tout i différent de j .
- ⇒ soit B_i la durée de séjour du patient i à l'hôpital, B_i est indépendante de B_j pour tout i différent de j .
- ⇒ soit C_i le temps de soins infirmiers consacré au patient i par quart de travail de huit heures, C_i est indépendante de C_j pour tout i différent de j .
- ⇒ soit D_i le nombre d'intervenants différents qui interagissent dans le processus des soins directs administrés au patient i durant une période de quatre journées, D_i est indépendante de D_j pour tout i différent de j .
- ⇒ soit E_i le nombre d'infirmières différentes chargées des patients i suivis durant une période de quatre journées, E_i est indépendante de E_j pour tout i différent de j .

Une période de quatre journées d'évaluation pour les variables D_i et E_i a été retenue d'après les recommandations trouvées dans la littérature (Lathrop, 1993; p.12).

TABEAU 3.1
ANALYSES STATISTIQUES DE DONNÉES DES PATIENTS
À DIAGNOSTICS GASTRIQUES

NUMÉRO DU PATIENT	SÉJOUR À L'URGENCE A(HEURES)	DURÉE SÉJOUR B(JOUR)	TEMPS INFIRMIER C(MINUTE)	NOMBRE INTERVENANT D(INDIVIDU)	NOMBRE INFIRMIÈRE E(INFIRMI)
1	21.33	6	48	33	10
2	28.16	6	55	34	11
3	na	16	43	35	10
4	23.00	21	na	31	7
5	15.25	4	na	32	7
6	9.00	5	30	36	10
7	23.50	26	33	35	8
8	46.50	28	33	32	8
9	8.16	17	47	32	8
10	na	21	53	28	7
11	25.75	na	23	32	9
12	5.50	10	35	27	6
13	24.00	10	38	33	6
TOTAL					
	230.15 h.	170 j.	438 m.	420 i.	107 i.
MOYENNE POUR L'ÉCHANTILLON					
	20.92	14.16	39.82	32.30	8.2
VARIANCE POUR L'ÉCHANTILLON					
	133.07	67.72	103.15	20.58	2.69
ÉCART TYPE POUR L'ÉCHANTILLON					
	11.53	8.23	10.15	4.54	1.64
DEGRÉS DE LIBERTÉ POUR L'ÉCHANTILLON					
	10	11	10	12	12
INTERVALLE DE CONFIANCE À 95% POUR L'ÉCHANTILLON					
	LI 13.18 LS 28.66	LI 8.93 LS 19.37	LI 33.00 LS 46.64	LI 29.56 LS 35.04	LI 7.20 LS 9.19

TABEAU 3.2
ANALYSES STATISTIQUES DE DONNÉES DES PATIENTS
À DIAGNOSTICS PULMONAIRES

NUMÉRO DU PATIENT	SÉJOUR À L'URGENCE A(HEURES)	DURÉE SEJOUR B(JOUR)	TEMPS INFIRMIER C(MINUTE)	NOMBRE INTERVENANT D(INDIVIDU)	NOMBRE INFIRMIÈRE E(INFIRM)
1	9.67	5	38	3	9
2	18.00	23	48	45	10
3	12.75	25	13	30	6
4	na	2	20	36	10
5	20.00	30	43	35	7
6	na	12	55	42	6
7	15.66	3	na	na	na
8	8.83	16	45	35	8
9	16.00	11	50	27	9
10	15.00	13	40	32	8
11	na	7	70	34	9
12	na	5	68	27	10
13	8.00	29	20	22	4
14	na	5	30	44	8
15	11.50	7	30	37	9
16	na	2	45	na	na
17	16.75	9	30	39	9
18	na	20	85	30	9
19	22.00	13	25	35	6
20	6.00	22	78	32	7
21	8.00	20	78	30	7
22	30.00	5	90	34	5
23	na	29	55	23	7
24	na	12	45	35	10
25	na	14	40	31	6
26	8.00	na	65	26	7
27	na	na	43	45	7
TOTAL	226.16 m.	339 j.	1074 m.	844 i.	193 i.
MOYENNE POUR L'ÉCHANTILLON	14.135	13.56	44.75	33.76	7.72
VARIANCE POUR L'ÉCHANTILLON	50.69	80.41	322.58	39.76	2.88
ÉCART TYPE POUR L'ÉCHANTILLON	7.12	8.967	17.96	6.30	1.695
DÉGRÉS LIBERTÉ POUR L'ÉCHANTILLON	15	24	25	24	24
INTERVALLE DE CONFIANCE	LI 10.34	LI 9.86	LI 37.64	LI 31.16	LI 7.02
A 95% POUR L'ÉCHANTILLON	LS 17.92	LS 17.26	LS 51.86	LS 36.36	LS 8.42

3.3.3 Analyse des résultats statistiques

Les résultats des variables des tableaux 3.1 et 3.2 permettent de valider la représentativité des échantillons aléatoires des 13 diagnostics gastriques et 27 diagnostics pulmonaires. L'évaluation des données va principalement s'effectuer grâce aux résultats obtenus par l'intervalle de confiance, d'après le t de Student avec un coefficient de confiance de 95%.

Certaines données statistiques colligées par l'hôpital permettent de connaître la moyenne de population pour deux des variables observées:

. la moyenne de la durée de séjour des patients admis à l'urgence et qui seront transférés auprès des unités de soins était de 13.2 heures en 1994-1995. Cette moyenne de la population entre dans les intervalles de confiance des diagnostics gastriques (13.18, 28.66) et pulmonaires (10.34, 17.92). Toutefois, notre moyenne de 13.2 heures se trouve sur le seuil d'acceptation et de rejet. Par conséquent, les échantillons aléatoires étudiés ont une représentativité discutable de la population.

. la moyenne de la durée de séjour d'hospitalisation de la population des patients admis au 7 ouest était de 11.4 jours en 1994-1995. Cette moyenne de la population entre dans les intervalles de confiance des cas gastriques (8.93, 19.37) et pulmonaires (9.86, 17.26). Puisque la moyenne de la population se trouve à l'intérieur de ces intervalles de confiance, il y a donc 95% de chances que la moyenne de l'échantillon

étudié soit représentative de la population.

En ce qui concerne les variables du temps infirmier, du nombre d'intervenants et d'infirmières, aucune donnée n'était disponible sur la moyenne de la population. Il n'est donc pas possible de déterminer l'exactitude des données relevées pour ces variables. Toutefois, les variables de durée de séjour à l'urgence et d'hospitalisation ont été concluantes et laissent espérer une même représentativité pour les autres variables.

La variable du temps infirmier par patient par quart de travail indique que les infirmières passent environ une quarantaine de minutes avec un patient. Durant ce temps, des soins directs sont prodigués aux patients mais aussi diverses activités de support dont les infirmières effectuent les tâches, telles que dresser un lit, nettoyer et nourrir le patient, bref des activités assumées par du personnel moins qualifié. Les infirmières ont généralement cinq à six patients sous leur responsabilité. Cela représente trois heures et demi à quatre heures de travail auprès des patients alors qu'il y a sept heures de travail effectif dans un quart travail. Le reste du temps est utilisé à la préparation des médicaments, de la documentation et à d'autres activités indirectes reliées aux soins.

La variable du nombre d'intervenants qui interagissent avec le patient durant une période de quatre journées est d'environ 33 personnes. Cette donnée est probablement sous estimée puisque les observations ne se sont pas déroulées sur une période de 24 heures durant ces dites journées d'évaluation. Toutefois, il est évident d'après cette donnée que l'imposant nombre de personnes qui entrent en contact avec le patient rend

le service peu personnalisé. Une redéfinition des tâches et un élargissement des responsabilités auprès de l'unité permettraient certes de réduire considérablement ce nombre d'intervenants à la satisfaction du patient.

La variable du nombre d'infirmières qui interagissent avec le patient durant une période de quatre journées donne une moyenne de huit infirmières. Ce nombre n'inclut que les infirmières ayant la responsabilité de leurs patients et non celles qui peuvent venir assister leurs collègues. Le haut volume d'infirmières ayant à traiter avec le patient est dû à l'organisation et à la méthode d'assignation des patients sur l'unité. De plus, les horaires de travail sont établis d'après la convenance du personnel infirmier sans prendre en considération le client: "le patient". Peut-être serait-il préférable d'avoir des horaires de travail de 12 heures réduisant ainsi le nombre d'intervenants? D'autres avenues de réorganisation de personnel infirmier davantage centrées sur un service personnalisé aux patients devraient être envisagées.

Des données sur le nombre de prélèvements sanguins effectués par l'équipe d'intraveineuses ont été recueillies durant le protocole d'observation. Pour les diagnostics gastriques, un total de 130 prélèvements sanguins ont eu lieu durant une période de 170 jours (présence), soit une moyenne de 0.77 prélèvement par patient par jour. Pour les diagnostics pulmonaires, un total de 220 prélèvements sanguins ont été réalisés pendant une durée de 378 jours (présence), soit une moyenne de 0.58 prélèvement par patient par jour.

Concernant la variable de sexe, 14 patients étaient de sexe féminin et 26 de sexe masculin. Pour la variable d'âge, la moyenne était de 70 ans (voir tableau 3.3 pour la répartition des catégories d'âge des patients observés).

TABLEAU 3.3
RÉPARTITION DES CATÉGORIES D'ÂGE

Catégories d'âge	Pourcentage	Catégories d'âge	Pourcentage
16 à 29 ans	0%	60 à 69 ans	15%
30 à 39 ans	7.5%	70 à 79 ans	25%
40 à 49 ans	5%	80 à 89 ans	22.5%
50 à 59 ans	15%	90 ans et plus	10%

3.4 Analyse des principaux services auxiliaires utilisés

Une étude de la localisation des principaux services auxiliaires utilisés par l'unité de soins est d'une importance stratégique à l'étape de regroupement des patients.

À l'aide des informations compilées lors du protocole d'observation et de livrets de documentation sur l'unité, il a été possible d'analyser le niveau d'utilisation des services auxiliaires pour les patients à diagnostics pulmonaires et gastriques. Les données ont été rassemblées pour une période de sept mois, soit du 1er janvier 1995 au 31 juillet 1995. Un total de 257 patients, dont 191 pulmonaires et 66 gastriques ont permis de déterminer les services auxiliaires les plus utilisés. Les principaux services ainsi que leurs fréquences d'utilisation sont présentés aux tableaux 3.4 et 3.5. On constate que la majorité des services auxiliaires se situent au deuxième étage de l'hôpital.

L'étude révèle aussi que les cinq principaux services auxiliaires utilisés pour les diagnostics pulmonaires sont la radiologie, la médecine nucléaire, la radiothérapie, le laboratoire vasculaire et les ultrasons. Ces cinq piliers représentent 80% des services utilisés. Dans la même optique, l'utilisation des services de radiologie, de séries abdominales, d'ultrasons, de scanners et de la médecine nucléaire sont les plus fréquents pour les diagnostics gastriques, représentant 72% de la demande.

TABEAU 3.4
UTILISATION DES SERVICES AUXILIAIRES;
PATIENTS À DIAGNOSTICS PULMONAIRES

TYPES DE SERVICES	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	ÉTAGE PAVILLON
Radiologie .torse	47%	172	2 D
.général	<u>7%</u>	25	
total	54%		
Médecine nucléaire	6.6%	24	2 D
Ultrasons .abdomen	4%	19	2 D
.général	<u>2%</u>	2	2 D
total	6%		
Scanner .tête & abdomen	5.3%	13	2 C
.général	<u>0.7%</u>	<u>6</u>	2 C
total	6%	19	2 C
Radiothérapie	5%	17	Rez-de- Chaussée B
Laboratoire vasculaire	4%	15	2 E
Séries abdominales	4%	14	2 D
Pulmonaire	4%	14	2 G
Laboratoire gastrique	2%	8	3 G
Optométrie	2%	7	Rez-de- chaussée E
Bloc opératoire	1.4%	5	3 B
Autres	4.9%	18	
TOTAL	100%	362	

TABLEAU 3.5
UTILISATION DES SERVICES AUXILIAIRES;
PATIENTS À DIAGNOSTICS GASTRIQUES

TYPES DE SERVICES	POURCENTAGE	FRÉQUENCE	ÉTAGE PAVILLON
Radiologie .torse	17%	19	2 D
.général	<u>2%</u>	2	2 D
total	19%		
Séries abdominales	19%	21	2 D
Scanner .tête & abdomen	12%	13	2 C
.général	<u>2%</u>	2	2 C
total	14%		
Ultrasons .abdomen	9%	10	2 D
.général	<u>3%</u>	3	2 D
total	12%		
Médecine nucléaire	8.2%	9	2 D
Laboratoire gastrique	7.3%	8	3 G
Écholab	5.5%	6	2 G
Pulmonaire	3.7%	4	2 G
ERCP	3%	3	2 G
Autres	8.3%	9	
TOTAL	100%	109	

3.5 Étude du nombre de prélèvements sanguins

Une étude a été réalisée durant une période de trois mois afin de déterminer le nombre de prélèvements sanguins qui sont effectués auprès de l'unité 7 ouest. Le service chargé de la prise des intraveineuses a comptabilisé le nombre de prises de sang réalisées durant cette période. Cette analyse a dénombré 1405 prélèvements au mois de mai, 1420 en juin et 1083 en juillet 1994. Durant ces périodes, le nombre de jours présence sur l'unité était respectivement de 1250, 996 et 1276. Ces données permettent de constater que le nombre moyen de prélèvements à l'unité de soins 7 ouest varie de 1 à 1.2 prélèvements par jour présence.

Les infirmières de l'unité de soins administrent des soins pour cinq à six patients par jour. Advenant la dissolution de l'équipe d'intraveineuse et la délégation de cette responsabilité aux infirmières de l'unité afin de personnaliser les soins, celles-ci auraient à effectuer six à sept prélèvements sanguins par jour. Cette responsabilité additionnelle représenterait environ une quinzaine de minutes de travail par jour.

3.6 Étude des principales causes de retards du départ de patients

Une étude pour déterminer les causes des retards des départs de patients a été réalisée entre le 5 et 23 décembre 1994. La compilation de l'information s'est effectuée par l'entremise des agents d'unités. La période d'observation s'est déroulée du lundi au vendredi durant un total de quinze journées. Bien que l'heure officielle pour

les départs de l'hôpital est fixée à 8h30, seulement les départs ayant lieu après 9h30 ont été considérés en retard. Il semble plus réaliste qu'un patient quitte sa chambre à 9h30.

L'étude a été réalisée auprès de quatre unités de soins spécialisés en médecine, à savoir: 2 médecine (2 M), 2 cardiaque (2 C), 7 ouest (7 O) et 7 nord ouest (7 NO). Les résultats présentés au tableau 3.6 indiquent qu'en moyenne 56% des patients quittent l'hôpital après 9h30. Le tableau 3.7 explicite les sept principales raisons liées aux retards des départs de patients. L'analyse de ces données démontre que plus de 80% des retards sont liés aux activités des médecins (49%), du patient ou de la famille (21%) et aux résultats de tests (11%).

TABLEAU 3.6

COMPILATION DU NOMBRE ET POURCENTAGE DE DÉPARTS EN RETARDS

Départs / unités	2 M	2 C	7 O	7 NO
Nombre total de départs	30	93	44	58
Nombre total de départs après 9h30	24	43	25	23
Pourcentage de départs en retard	80%	46%	59%	40%

TABLEAU 3.7
RAISONS DES DÉPARTS DE PATIENTS EN RETARDS

	2 M	2 C	7 O	7 NO
PATIENT ET FAMILLE				
→ attente pour famille	3	5	1	6
→ patient pas prêt	1	1	4	0
→ patient est tombé	1	0	0	0
→ patient a quitté sans l'accord du méd.	1	0	1	0
pourcentage	21%	14%	23%	26%
TRANSPORT				
→ transport en retard	4	1	1	1
pourcentage	17%	2%	4%	4%
INFIRMIÈRES				
→ inf. n'est pas informée du départ	1	0	0	0
→ infirmière au rapport	0	0	2	0
pourcentage	4%	0%	8%	0%
MÉDECINS				
→ patient attend de l'info. du médecin	1	3	2	2
→ décision de départ pas claire	0	0	0	3
→ patient n'est pas informé du départ	0	1	1	1
→ médecin fait sa tournée	0	0	0	1
→ décision de départ tardive et attente pour les prescriptions	12	9	5	0
→ patient doit être vu par un consultant	0	0	2	0
→ prescriptions pas prêtes	0	0	3	0
→ départ prévu après la matinée	0	0	3	0
→ prescriptions de départ non préparées	0	10	0	0
pourcentage	54%	60%	50%	30%
LIÉ À UN AUTRE SERVICE				
→ transfert en attente	0	2	0	1
pourcentage	0%	5%	0%	4%
RÉSULTATS DE TEST				
→ attente de résultats de tests	1	4	0	2
→ attente pour faire un test ou thérapie	0	2	1	3
pourcentage	4%	14%	4%	22%
AUTRES				
→ aucune raison spéciale	0	2	3	2
→ patient décédé	0	0	0	1
pourcentage	0%	5%	12%	13%

3.7 Conclusion

Le protocole d'observation a donné de l'information qualitative et quantitative sur l'administration des soins aux patients à l'unité pilote. Il a favorisé la compréhension des processus souvent complexes des activités de soins d'un hôpital. L'analyse des causes de départs en retard des patients dénote l'importance d'une révision de cette pratique afin d'améliorer la gestion des départs et de réduire la durée de séjour des patients. Les résultats recueillis vont orientés la démarche de restructuration du prochain chapitre. La réingénierie des soins cherchera à créer un environnement de soins aux patients personnalisé et continu tel que soulevé lors de l'analyse des résultats du protocole d'observation et tel que préconisé par les auteurs spécialisés dans ce domaine.

CHAPITRE IV

LA RÉINGÉNIERIE DES PROCESSUS DE SOINS

4.1 Introduction

Ce chapitre explore les avenues de réingénierie des processus de soins, qui peuvent être appliquées à une unité pilote de l'Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis. L'approche de réingénierie est basée sur le modèle de l'hôpital centré sur le patient, qui cherche à constituer des unités de soins indépendantes, des mini-hôpitaux, voire des cellules de production de soins spécialisées et autonomes (Lathrop, 1993).

La réorganisation de l'unité pilote est soutenue par des approches stratégiques soulevées dans la littérature spécialisée en réingénierie de soins, et notamment par l'analyse de la situation actuelle des différentes sphères d'activité de soins sur l'unité 7 ouest qui permet de repenser le modèle. Les résultats qualitatifs et quantitatifs de l'enquête par observation ainsi que certaines études réalisées au 7 ouest orientent ainsi la démarche. La reconception de la nouvelle unité tente de créer un environnement de soins orienté sur la qualité des services offerts aux patients. Cette restructuration vise à constituer un modèle qui tout en assurant une continuité des soins, réduit la durée de séjour d'hospitalisation. La présentation du nouveau modèle de soins prend en considération les différentes contraintes syndicales et financières, du système de santé canadien et québécois. Je présenterai une analyse financière sommaire qu'impliquerait la réalisation du projet de réingénierie des soins. Enfin, j'élaborerai un échéancier et la stratégie de coordination et d'implantation du modèle de

l'hôpital centré sur le patient auprès de l'unité.

4.2 L'unité pilote et le modèle de l'hôpital centré sur le patient

Le modèle de l'hôpital centré sur le patient est le terme consacré dans le langage hospitalier qui invoque la réingénierie des processus de soins. Les quatre piliers de la structure du modèle sont: le regroupement des patients ayant des besoins similaires, la décentralisation des activités de soins, la formation d'équipes multidisciplinaires d'administration des soins et la restructuration et simplification des processus de soins. Ces dimensions sont présentées dans une optique de reconception des soins orientés sur la satisfaction du client et la rationalisation des processus de traitement des patients.

4.3 Regroupement des patients ayant des besoins similaires

Tel que préconisé par le Health Care Advisory Board (1992a), je vais expliciter un modèle de regroupement des patients ayant des besoins de traitements similaires auprès de l'unité pilote. D'après les données des rapports "DRG", l'unité 7 ouest soigne aisément une cinquantaine de types de diagnostic différents par année (voir les annexes 1, 2 et 3). Cette diversité de diagnostics rend difficile le plein développement des habiletés et de l'expertise du personnel soignant.

Notre modèle de réingénierie des soins propose une stratégie de réorganisation,

soutenue par l'établissement d'un protocole d'admission. L'accès à l'unité pilote sera régi par des critères d'admission permettant de concentrer une clientèle spécifique, ayant des diagnostics similaires (voir tableau 4.1). L'étude réalisée auprès de l'unité pilote révèle que 42% des patients admis ont un diagnostic pulmonaire et 15% un diagnostic gastrique. Le regroupement de cette clientèle constitue 57% (440/779) des admissions. À l'échelle de l'hôpital, une analyse des rapports "DRG" dénote que 993 patients admis en 1994-1995 avaient des diagnostics pulmonaires alors que 662 avaient des diagnostics gastriques (voir annexe 4). Ce volume annuel de 1555 patients serait assez grand pour combler la capacité actuelle d'admission de 799 patients de l'unité 7 ouest.

Le regroupement de patients à diagnostics communs permet d'accroître le champ d'expertise du personnel infirmier. Le personnel soignant sera apte à détecter plus rapidement les symptômes de la maladie du patient. L'habileté développée par le personnel infirmier transparaîtra dans une assistance de qualité supérieure au corps médical de l'unité.

Le regroupement de la clientèle facilite la création et l'implantation du "Critical Pathway" sur l'unité. Les patients à diagnostics communs étant plus nombreux, il est dorénavant intéressant d'introduire ce nouveau concept, afin de suivre la logique des traitements à administrer aux patients. Le "Critical Pathway" permet de rationaliser la documentation actuelle pour la substituer par un système de documentation par exception à la norme établie. Le modèle du "Critical Pathway" pourrait être soutenu par un système

TABLEAU 4.1

PROTOCOLE D'ADMISSION DES PATIENTS DU 7 PILOTE

PROTOCOLE D'ADMISSION DES PATIENTS DU 7 PILOTE HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF - SIR MORTIMER B. DAVIS	
CRITÈRES D'ADMISSION	
PROFIL DES PATIENTS La population de patients du 7 pilote est celle ayant un diagnostic pulmonaire, gastrique, maladie infectieuse, d'endocrinologie ou d'oncologie comme raison principale pour leur hospitalisation.	
COMMUNICATION Les admissions et les transferts doivent être communiqués à l'unité de la manière suivante:	
Heure 7h30 à 20h00 (lundi au vendredi) 20h00 à 7h30 (lundi au vendredi) 9h00 à 18h00 (samedi et dimanche) 18h00 à 9h00 (samedi et dimanche)	Contact Agent d'unité Infirmière en charge Agent d'unité Infirmière en charge
CRITÈRE	
PATIENT EXTERNE Un patient à diagnostic pulmonaire, gastrique, maladie infectieuse, d'endocrinologie ou d'oncologie tels que:	
Pulmonaire ▶ Pneumonie, bronchite, asthme, COPD, problèmes et infections respiratoires, embolie pulmonaire, maladie pulmonaire, pleurésie, cancer des poumons, etc.	
Gastrique ▶ Saignements gastriques, cancer, maladies de "Crohn", estomac, pancréatite, cancer du colon, intestin, hépatite, problème du foie, etc.	
Maladie infectieuse ▶ HIV, tuberculose, méningite, zona, etc.	
Oncologie et endocrinologie ▶ Diabète, cancer, thyroïde, arthrite, vasculite, etc.	
PATIENT INTERNE Les patients internes qui répondent aux critères d'observation précédents peuvent être admis au 7 pilote.	

informatisé, qui est présenté ultérieurement (voir section 4.6.1).

L'Hôpital Général Juif est une institution médicale d'enseignement universitaire, qui doit assurer la formation de médecins. Par conséquent, cette réorganisation de la clientèle de l'unité pilote pourrait être remise en question par le corps médical. En effet, un stage de formation auprès d'une clientèle à diagnostics similaires réduit le potentiel d'enrichissement professionnel et médical. Afin de pallier ce problème, il est possible d'envisager un transfert plus rapide de l'équipe médicale séjournant auprès de l'unité. Dans une autre optique, la nouvelle philosophie de gestion prônée par le modèle de l'hôpital centré sur le patient, pourrait s'avérer être une source d'expérience enrichissante pour l'équipe médicale. Enfin, ce changement organisationnel permet d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients.

4.3.1 Regroupement et aménagement physique de l'unité pilote

Dans le modèle de l'hôpital centré sur le patient, la grandeur optimale d'une unité de soins peut varier de 60 à 100 lits, dépendant de la variabilité de la demande (Oddleifson & Galloway, 1990; Lathrop, 1993).

Dans cette logique de pensée, je propose une réorganisation physique de l'unité de soins, voire du septième étage de l'hôpital qui est actuellement composé de deux unités de soins indépendantes. La nouvelle unité pilote est un amalgame des unités 7 ouest et 7 nord ouest, avec une capacité totale de 75 lits. Cette unité a une capacité

approximative d'admission de 1600 patients par année. Le volume annuel des cas gastriques et pulmonaires étant de 1555 patients, il est nécessaire d'ajouter un ou deux autres types de patients à admettre auprès de cette unité. Il est possible d'envisager l'admission de patients avec des diagnostics tels que l'oncologie, les maladies infectieuses, l'endocrinologie. En effet, les types de soins nécessités par ces catégories de patients sont cohérents avec les deux principaux diagnostics de l'unité et sont actuellement traités sur l'unité.

Le nouvel aménagement des espaces est essentiel à la réorganisation de l'unité pilote. Un nouveau poste d'infirmières doit être aménagé au centre des deux ailes de l'unité. L'aménagement présenté à la figure 4.1 illustre la situation spatiale actuelle du septième étage tandis que la figure 4.2 présente le nouvel aménagement des espaces de l'unité pilote. Les nouveaux espaces plus efficaces permettent de centraliser les activités de réception, d'admission, de documentation, voire les différentes sphères d'activités de l'unité. Ce changement réduit le temps requis à la gestion des stocks, la coordination des horaires, l'utilisation des équipements et les mouvements de personnel.

Tel qu'illustré par le nouvel aménagement, il est recommandé de constituer un local central dans chaque aile afin d'y entreposer les médicaments et les fournitures médicales, pour optimiser les déplacements de l'équipe de soins. Il est souhaitable de relocaliser les dossiers auprès des chambres de patients. De plus, il faut disposer d'un petit espace de travail pour les infirmières, afin qu'elles puissent y compléter les

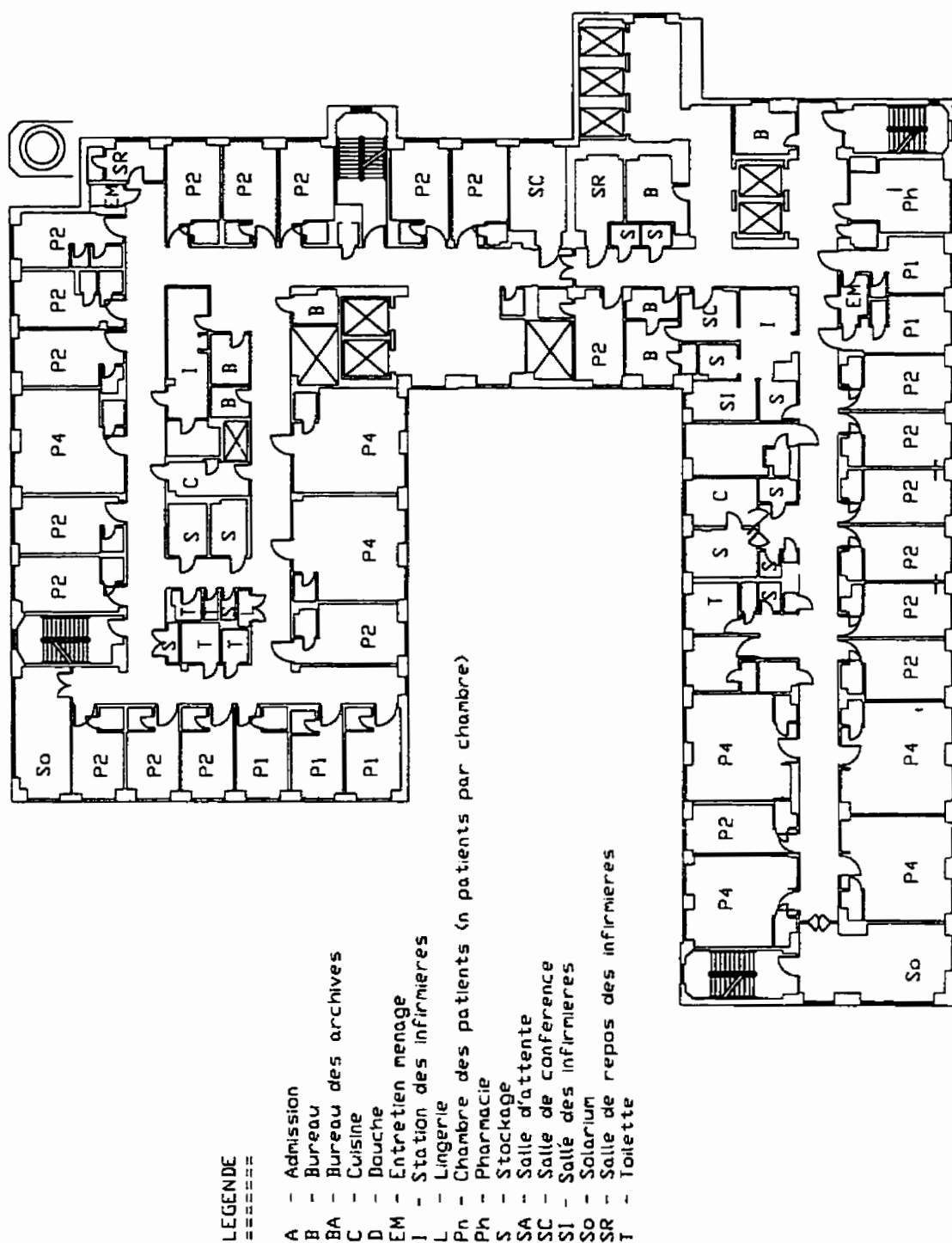


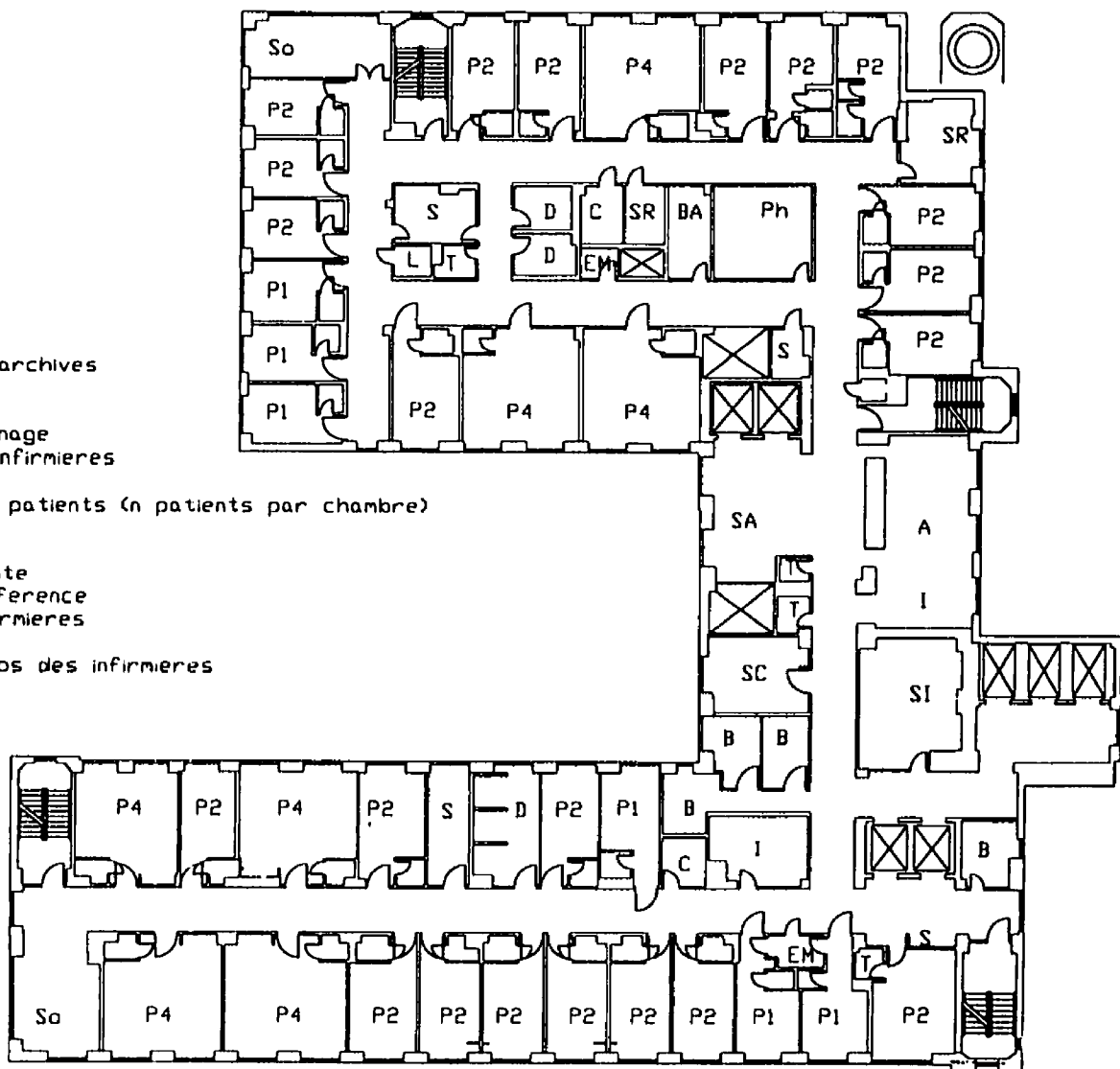
Figure 4.1: Aménagement actuel du septième étage

Figure 4.2: **Nouvel aménagement des espaces de l'unité pilote**

Échelle: 1/32" = 1'-0"

LEGENDE
=====

- A - Admission
- B - Bureau
- BA - Bureau des archives
- C - Cuisine
- D - Douche
- EM - Entretien ménage
- I - Station des infirmières
- L - Lingerie
- Ph - Chambre des patients (n patients par chambre)
- Ph - Pharmacie
- S - Stockage
- SA - Salle d'attente
- SC - Salle de conférence
- SI - Salle des infirmières
- So - Solarium
- SR - Salle de repos des infirmières
- T - Toilette



dossiers qui demeurent dans la chambre des patients.

Cette unité pilote est constituée d'une plus grande équipe de travail qui peut absorber les fluctuations des besoins de la clientèle plus efficacement. L'unité agrandie permet d'assurer une régulation de la charge de travail et de mieux rentabiliser la main d'oeuvre. La gestion du personnel soignant et la répartition de travail sont plus faciles à établir (Moffitt, 1993; Peters, 1993). Par l'entremise de cette réorganisation, il est possible de comprimer les activités réalisées par les agents d'unité. Dorénavant, un seul agent d'unité assure les tâches de coordination et de réception pour la nouvelle unité. Cette restructuration engendre des économies annuelles de \$60 000 qui peuvent être utilisées pour absorber les coûts de réorganisation.

Dans la même optique, cette nouvelle unité est gérée par une seule infirmière chef qui peut être soutenue par une assistante administrative. La réorganisation physique mais aussi celle sous-tendue par la réingénierie des soins facilitent cette jonction de postes. Ce changement représente des économies annuelles de l'ordre de \$60 000 pour l'hôpital.

Par contre, une seule infirmière chef n'aura plus le temps de maintenir la même qualité de relations organisationnelles et humaines auprès de son unité et sa clientèle. Enfin, l'agrandissement de l'unité de soins et de son équipe de travail accroît les responsabilités et le stress au travail de l'infirmière chef. Un suivi des impacts de ces aspects sociaux et humains de la réorganisation devra être réalisé.

4.3.2 Relocalisation des services auxiliaires

Le modèle de l'hôpital centré sur le patient préconise une localisation des services auxiliaires à proximité des unités de soins (HCAB, 1992a). Une telle localisation réduit les déplacements des patients pour les tests. L'étude réalisée sur l'emplacement des principaux services auxiliaires utilisés par l'unité 7 ouest indique qu'ils sont principalement situés au deuxième étage de l'hôpital, à savoir: la radiologie, la médecine nucléaire, les ultrasons, les scanners et les séries abdominales.

De plus, l'étude révèle que ces services auxiliaires représentent de 72% à 80% de la demande des patients à diagnostics pulmonaires et gastriques. Toutefois, il n'est pas souhaitable de relocaliser ces services, à cause du type d'équipements sophistiqués utilisés. Le coût occasionné par le redéploiement de ces services n'est pas rentable pour l'hôpital. En effet, une mini-suite de radiologie coûterait \$250 000, un ultrason \$200 000, un scanner \$1 000 000 alors qu'une la caméra gamma d'une mini-suite de médecine nucléaire occasionne des frais de \$500 000. Afin de rentabiliser de tels équipements, il est impératif de les utiliser à pleine capacité, soit environ une quinzaine d'heures par jour. De plus, la maintenance de ces équipements est très dispendieuse, à titre d'exemple, il en coûte plus de \$100 000 par année pour entretenir un scanner. Décentralisés, ces équipements ne peuvent être utilisés à leurs maximums, occasionnant par conséquent des dépenses d'acquisition et d'entretien non justifiables. Enfin, en raison des contraintes spatiales du septième étage, il est impossible d'y placer ces services auxiliaires. Je recommande donc d'évaluer les avenues de décentralisation

d'autres services auxiliaires, administratifs et de support.

4.4 Décentralisation des activités de soins

Le modèle de l'hôpital centré sur le patient cherche à décentraliser le plus possible les activités de soins afin de les rapprocher du patient (HCAB, 1992a; Lathrop, 1993). Suite à l'étude détaillée de la structure du système de gestion de l'unité 7 ouest, il est intéressant d'explorer les possibilités de redéploiement de certaines fonctions stratégiques des trois grandes catégories de services. Deux approches de décentralisation sont utilisées afin de réorganiser l'unité (HCAB, 1992a). En premier lieu, il est souhaitable de déléguer autant que possible les tâches spécialisées au personnel soignant de l'unité. Deuxièmement, certains spécialistes (inhalothérapeutes, physiothérapeutes, etc) peuvent être déplacé sur l'unité pilote afin qu'ils fassent partie intégrante de l'équipe de soins. La décentralisation permet ainsi de réduire considérablement le temps du traitement et d'accroître l'efficacité de l'équipe soignante. Cette reconception des tâches fournit des soins plus personnalisés et d'une qualité supérieure aux patients, tout en réduisant les délais de traitement.

4.4.1 Services de support

4.4.1.1 Service de l'entretien ménager

Il est profitable de repenser la structure organisationnelle centralisée du service de

l'entretien ménager. Je recommande premièrement de décentraliser et de relocaliser la gestion de l'équipe de salubrité. Cette équipe relève directement de son client immédiat, l'unité de soins, réduisant du même fait les niveaux de communication et les possibilités d'insatisfaction. L'application de ce modèle de gestion décentralisée à travers l'hôpital réduit par ailleurs considérablement l'équipe de gestion de ce service.

La réorganisation de ce service nécessite une modification des tâches des quatre préposé(e)s à l'entretien ménager qui couvrent les deux unités de soins du septième étage. En premier lieu, je recommande le maintien de deux préposé(e)s qui assurent la salubrité de la nouvelle unité. Ces employé(e)s auront un sentiment d'appartenance accrue à l'unité puisqu'ils feront partie intégrante de l'équipe de soins du 7 pilote. Les principales tâches sont le nettoyage des locaux de l'unité de soins, soit: les couloirs, les chambres, les toilettes, les bureaux. Les autres tâches de salubrité (dégâts, lits, poussière, mobilier) devront être prises en charge par les différentes équipes de soins.

Je changerai les fonctions des deux autres préposé(e)s à l'entretien ménager, en les rendant des membres polyvalents de l'équipe de soins. Ces partenaires de soins feront partie d'une équipe de soins et assisteront les infirmières pour prodiguer des soins de base aux patients. Il est nécessaire de donner de la formation à ce personnel sur les principes de soins de base, à savoir: soins d'hygiène, toilette des patients, changer la literie, transport de patients, etc. Ce nouveau modèle de gestion permet d'avoir une équipe pouvant nettoyer l'unité durant 24 heures puisque tous les intervenants dorénavant se sentiront concernés (HCAB, 1992b; Lathrop, 1992). Les membres de

l'unité de soins travaillent davantage en équipe et sont probablement plus sensibles à la salubrité sur l'unité.

Le service de l'entretien ménager doit maintenir centralisées certaines de ces activités de nettoyage, à savoir: aires publiques, grand nettoyage, aires à bureaux. De plus, ce service s'occupe des approvisionnements en fournitures et de la formation de la main d'oeuvre.

Un nombre considérable de préposé(e)s à l'entretien ménager ne seront toutefois pas aptes à effectuer les tâches requises auprès de l'unité de soins, pour diverses raisons (langue, âge, intérêt, habileté). Le personnel faisant partie de ces catégories peut demeurer sous la responsabilité du service central. La réalisation de ce changement organisationnel nécessite des pourparlers avec la partie syndicale. Il faut négocier des ententes concernant la distribution des nouvelles tâches et les salaires des proposé(e)s à l'entretien ménager mais aussi des partenaires de soins.

Il est important d'anticiper une résistance du personnel de l'entretien ménager et des partenaires de soins qui veront des changements apportés à leurs tâches. Dans la même optique, il y a de fortes chances que la partie syndicale soit inflexible et refuse de modifier les tâches de ces employés. Une participation active des intervenants concernés liée à une approche qui tient compte des aspects humains lors du processus de changement facilitera l'introduction d'une telle réorganisation des tâches.

4.4.1.2 Service de diététique

Une réorganisation de la distribution des repas du service de diététique est souhaitable. La livraison des repas et des collations jusqu'à l'unité cliente reste sous la responsabilité du service central de diététique afin d'optimiser les déplacements et la logistique de distribution. Cependant, la distribution des repas et des collations aux chambres à l'intérieur de l'unité de soins est à l'avenir assumée par l'équipe soignante. Cette décentralisation des tâches permet de réduire le nombre d'intervenants interagissant avec le patient, et ainsi de personnaliser le service.

Le service de diététique utilise actuellement une employée par jour pour répondre aux besoins des deux unités du septième étage. Je déplacerai donc une employée auprès de l'unité de soins et changerai ses fonctions afin de la rendre un membre polyvalent de l'équipe de soins. Cette partenaire de soins fera partie d'une équipe et assistera les infirmières pour fournir les soins de base aux patients. Des négociations syndicales similaires à celles occasionnées par la restructuration des services de l'entretien ménager est nécessaires.

4.4.2 Services administratifs

4.4.2.1 Service de l'admission

Le service d'admission doit demeurer centralisé pour coordonner le volume de patients

qui doivent être admis avec le nombre de lits disponibles dans l'institution. De plus, ce service continue à informer le patient de la date et l'heure à laquelle il doit se présenter à l'hôpital.

La modification apportée au processus est d'admettre le patient directement auprès de son unité de soins. À l'avenir, il n'a plus à se présenter au service d'admission pour remplir et signer des documents avant d'aller auprès de son unité de soins. L'agent d'unité du 7 pilote doit préparer à l'avance l'ensemble des documents d'admission du patient. Il se charge d'accueillir le patient, de compléter les documents avec lui et de le présenter à son équipe soignante. Cette approche est beaucoup plus personnalisée pour le patient. Il est souhaitable, lors de la restructuration physique de l'unité, de concevoir une petite salle à cette fin. Lors de cet exercice, il est conseillé de donner une séance d'information au patient afin de lui expliquer les modes de fonctionnement de l'unité, ainsi que les règles de l'institution (structure organisationnelle de l'unité, règles d'hygiène, procédures de départs, etc.). Enfin, pour les patients à mobilité réduite, il est possible, si un peu de luxe nous est permis, de compléter les documents d'admission au chevet du lit à l'aide d'un ordinateur portable.

4.4.2.2 Service des archives médicales

Le service des archives médicales demeure centralisé pour les activités d'entreposage et de distribution des dossiers. De plus, les archivistes qui s'occupent des services ambulatoires et cliniques doivent rester auprès de ce service.

Je recommande de décentraliser les activités liées à l'assemblage et à l'analyse des dossiers médicaux. L'archiviste travaille à l'avenir auprès de l'unité de soins et est en mesure de faire le suivi d'environ 75 patients. Il s'assure de faire le suivi des dossiers médicaux et les analyses nécessaires requises par l'unité. L'assemblage des dossiers est à l'avenir complété par l'agent d'unité. Il doit simplement s'assurer que les informations et les documents mis dans le dossier médical du patient suivent un certain ordre de classement. Il est nécessaire de fournir un bureau à l'archiviste et de transférer l'ordinateur centralisé du service des archives médicales dans l'unité pilote.

Cette décentralisation des archivistes du service central vers les unités de soins a d'indéniables avantages. En effet, l'archiviste fait à l'avenir partie intégrante de l'équipe sur l'unité de soins. Cela lui permet de mieux attirer l'attention du personnel infirmier et médical sur l'importance de compléter adéquatement les dossiers médicaux. Sa présence sur l'unité favorise un meilleur suivi de la qualité de complétion des dossiers. Il est plus facile de communiquer avec les infirmières et les médecins ayant omis certaines informations et de s'assurer que les dossiers soient remplis et retournés au service central dans un délai de 48 heures. Enfin, la présence de l'archiviste facilite le contrôle de la confidentialité des dossiers médicaux sur l'unité. Bref, cette décentralisation accélère le cycle de traitement, en rationalisant les étapes du processus, et améliore l'exactitude et la qualité des informations des dossiers médicaux (Lathrop, 1993).

Cette décentralisation d'archivistes auprès des unités de soins ne permet pas d'en réduire le nombre. Elle améliore par contre la qualité et le contrôle des informations des dossiers médicaux. Si cette décentralisation des archivistes avait lieu dans tout l'hôpital, il serait toutefois possible de réduire deux des trois employé(e)s s'occupant de l'assemblage des dossiers médicaux puisque cette tâche sera assumée par l'agent d'unité. Cela représente une économie potentielle de \$60 000 par année. Ces fermetures de postes vont engendrer un processus de supplantation dans l'hôpital puisque ces emplois sont garantis. Ces transferts de postes sont source de stress pour tous les intervenants affectés.

4.4.3 Services auxiliaires

4.4.3.1 Service de thérapie respiratoire

La décentralisation du service de thérapie respiratoire dans l'unité pilote est réalisée pour la majorité des activités de soins liées aux problèmes respiratoires. Le personnel infirmier prodigue les soins respiratoires suivants: traitements d'aérosol (ventolin, atroven, morphine, etc.), thérapie d'oxygène, spirométrie, "puffer", saturation. Ces activités représentent 75% à 80% des soins respiratoires actuellement administrés sur les unités de soins. D'autres soins respiratoires plus complexes, tels que les codes 99 "arrêt cardiaque" et des prises de saturation difficiles doivent demeurer centralisés.

Le redéploiement de ces activités aux unités de soins enrichit le travail du personnel

infirmier. De plus, le patient bénéficie de soins plus personnalisés puisque, dorénavant, s'est son infirmière qui se charge d'administrer les soins en inhalothérapie. Les services d'inhalothérapie nécessitent un temps considérable du au type de clientèle à diagnostic pulmonaire présent sur l'unité 7 ouest. En effet, une trentaine de traitements respiratoires qui requièrent un total de 120 minutes de soins sont administrés quotidiennement sur l'unité 7 ouest. De plus, l'augmentation du ratio de patients à diagnostic pulmonaire a une influence directe sur les temps de soins requis pour ce type de traitement. Ainsi, pour soutenir l'implantation de cette délégation de tâches, il est souhaitable de déplacer un inhalothérapeute sur l'unité pilote durant la période d'adaptation. Le service de thérapie respiratoire donnera des séances de formation au personnel infirmier du 7 pilote. Par la suite, il faut réévaluer si cette tâche additionnelle peut être absorbée par le personnel infirmier ou s'il est nécessaire d'ajuster les effectifs.

Enfin, le délai de réponse aux besoins en traitements respiratoires sera nettement amélioré, puisqu'il n'est plus nécessaire de procéder aux longues démarches pour rejoindre le service central. La décentralisation des activités du service de thérapie respiratoire à travers l'hôpital engendre des économies de l'ordre de \$250 000 par année (huit (8) employé(e)s temps plein y effectuent ces tâches). Ce personnel peut être déplacé dans l'hôpital afin de subvenir à d'autres besoins.

Cette réorganisation des tâches risque d'occasionner une forte opposition de la partie syndicale des infirmières mais aussi de l'Ordre des Inhalothérapeutes. Le personnel infirmier va revendiquer qu'il n'a pas le temps d'assumer cette tâche additionnelle, alors

que les inhalothérapeutes vont protéger leur profession en soutenant que cette tâche est complexe et doit être réalisée par un personnel spécialisé en inhalothérapie. Afin de réussir cette décentralisation de tâches, il faudra impliquer activement les acteurs concernés.

4.4.3.2 Service de thérapie physique

La décentralisation des services offerts par la thérapie physique est plus difficile à réaliser en raison de l'expertise requise pour effectuer ce type de traitement. Toutefois, il est possible de déléguer au personnel infirmier certaines tâches simples, telles que les exercices thérapeutiques, l'ambulation, les paquets chauds et froids. Ces activités représentent 20% des fonctions effectuées par le service de thérapie physique.

Le service centralisé de la thérapie physique coordonne la distribution des physiothérapeutes, afin que la même personne prodigue les soins aux patients d'une unité. Je recommande de maintenir cette approche de soins tout en décentralisant le physiothérapeute auprès de l'unité pilote. Celui-ci doit coordonner les services en thérapie physique pour une quinzaine de patients et relève à l'avenir de l'infirmière chef. La jonction de nos deux unités, permet de constituer une charge de travail idéale pour le physiothérapeute. Il fait ainsi partie intégrante de l'équipe de soins de l'unité pouvant du même coup améliorer l'aspect relationnel et d'appartenance à son unité. L'une des contributions importantes de cette réorganisation est la possibilité d'avoir un expert en physiothérapie sur l'unité de soins qui assure des activités de

formation continue en thérapie physique au personnel infirmier. Cette décentralisation des physiothérapeutes dans les unités de soins ne permet pas de réduire l'équipe de physiothérapie mais permet en contre partie d'améliorer l'approche de soins de qualité.

Le service centralisé demeure responsable des activités de rééducation physique des patients externes. De plus, il agit comme centre d'expertise en physiothérapie dans l'hôpital pour les activités de recrutement, de formation et de coordination des remplacements du personnel en thérapie physique. La décentralisation des physiothérapeutes auprès des unités de soins va amenuiser l'accès central qu'ils avaient pour le partage d'expertise et de conseils.

4.4.3.3 Service d'électrocardiogrammes

Une décentralisation des prises d'électrocardiogrammes aux unités de soins est simple à réaliser puisque le personnel infirmier possède déjà les habiletés requises pour effectuer ce type de tâches. La délégation de ces activités (tests d'électrocardiogramme, identification de l'arythmie, analyse des résultats, etc.) est une source d'enrichissement pour le personnel infirmier et contribue à la personnalisation des soins. Il est possible de déployer 100% des activités d'électrocardiogrammes aux unités de soins.

Le service d'électrocardiogrammes réalise de 2 à 3 prises d'électrocardiogrammes à tous les jours auprès de l'unité 7 ouest. Cette tâche requiert une vingtaine de minutes

seulement et peut donc être déléguée facilement aux infirmières. Il est toutefois essentiel d'assurer un nombre adéquat de machines à électrocardiogramme sur l'unité pilote. Présentement, le 7 ouest détient une machine qui peut subvenir aux besoins de la nouvelle unité en y demeurant en permanence. Certaines unités qui empruntent à l'occasion cet équipement peuvent envisager l'acquisition des machines appartenant au service centralisé advenant sa dissolution.

La décentralisation des activités du service d'électrocardiogramme à travers l'hôpital peuvent engendrer des économies de l'ordre de \$100 000 par année (trois (3) employé(e)s temps plein y travaillent). Ce personnel peut être replacé dans l'hôpital afin de subvenir à d'autres besoins.

4.4.3.4 Service des intraveineuses

Le redéploiement des activités de prélèvement sanguin au 7 pilote est essentiel au processus de réingénierie. Plusieurs stratégies de délégation de ces tâches peuvent être envisagées, à savoir:

- chaque infirmière s'occupe des prélèvements de ses patients;
- une infirmière du quart de nuit effectue tous les prélèvements;
- une infirmière du quart de jour effectue tous les prélèvements.

Afin d'assurer la continuité des soins, je recommande que chaque infirmière prenne les prélèvements sanguins de ses patients. D'après une étude réalisée à l'unité 7 ouest (voir partie 3.5), le nombre moyen de prélèvements à réaliser par patient varie de 1 à 1.2 par jour présence, soit un total de 38 à 46 prélèvements pour l'ensemble de l'unité 7 ouest. D'autres données compilées durant le protocole de recherche indiquent une moyenne plus optimiste de 0.58 prélèvement par patient par jour présence, soit 22 prélèvements pour l'ensemble de l'unité. Puisqu'une quinzaine d'infirmières travaillent tous les jours sur l'unité, un nombre moyen variant de un (1) à trois (3) prélèvements par infirmière devra être effectué. Cette responsabilité additionnelle représente environ une dizaine de minutes de travail par jour par infirmière. Il est possible de déployer 100% des activités de prises d'intraveineuses aux unités de soins.

La décentralisation des activités du service d'intraveineuse à travers l'hôpital engendre des économies de l'ordre de \$100 000 par année (trois (3) employé(e)s temps plein y travaillent). Ce personnel peut être replacé dans l'hôpital afin de subvenir à d'autres besoins. Ces tâches qui seront à nouveau déléguées au personnel infirmier vont occasionner de la résistance aux changements. Je recommande fortement de faire participer le personnel infirmier dans ce processus de réorganisation afin de créer et maintenir un environnement de travail harmonieux. Le secteur de la santé ne peut se permettre d'avoir une gestion du changement qui soit défailante puisqu'il ne peut pas faire de compromis sur la qualité des soins.

4.4.3.5 Équipes de soins spécialisés

Le redéploiement des équipes de soins spécialisés est difficile à implanter en raison de la complexité des tâches réalisées. En effet, le personnel infirmier d'une unité nécessite des cours de formation de plusieurs mois, avant de pouvoir administrer adéquatement les soins offerts par les équipes spécialisées. Ces petites équipes de soins couvrent l'ensemble de l'hôpital. Pour bénéficier d'un redéploiement, il est nécessaire de donner une formation à une grande partie du personnel infirmier. Une telle formation est très onéreuse et peu souhaitable pour l'institution. Je recommande donc le maintien des équipes de soins spécialisés.

4.4.3.6 Service de diététique

Les services en nutrition offerts auprès de l'unité sont difficiles à décentraliser à cause de la formation spécialisée de la diététiste nutritionniste et de la technicienne en diététique. Je recommande par contre que l'équipe de nutrition fasse partie de l'équipe soignante de l'unité de soins et relève à l'avenir de l'infirmière chef. Le redéploiement des diététistes sur les unités de soins permet de se départir de la chef diététiste et de réaliser des économies de l'ordre de \$60 000 par année. Par contre, les diététistes qui relèveront de l'infirmière chef dans le futur ne pourront avoir la même qualité de support. En effet, l'infirmière chef a des connaissances et une expertise restreinte en diététique. Il sera important d'évaluer l'impact de ce changement sur la qualité des soins offerts aux patients.

4.4.3.7 Service de pharmacies satellites

La décentralisation de la pharmacie centrale vers les unités de soins a déjà été entreprise à l'hôpital. Une réorganisation du personnel opérant les pharmacies satellites est toutefois recommandée.

Les tâches réalisées par le technicien (préparation des cassettes à médicaments et approvisionnement des fournitures à la pharmacie centrale) peuvent être comprimées en un seul quart de travail. Cette compression d'horaires permet de réaliser des économies annuelles de l'ordre de \$40 000 par pharmacie satellite, soit de \$200 000, si appliquée à l'échelle de l'hôpital. Le pharmacien pour sa part, doit, selon des règles pharmaceutiques, demeurer sur l'unité de soins durant les heures d'ouverture de la pharmacie satellite. Je recommande, par contre, l'implication du pharmacien à l'implantation d'un système d'auto-administration des médicaments par les patients. Celui-ci doit coordonner un tel programme au sein de l'unité et enseigner au personnel infirmier les techniques à apprendre aux patients. Ce programme d'auto-administration des médicaments par le patient a d'indéniables avantages:

- accroître l'autonomie du patient;
- améliorer l'approche de soins;
- augmenter les connaissances du patient;
- accroître le contrôle du patient sur son traitement;
- sécuriser le retour du patient à son domicile;

- réduire le potentiel de retour du patient à l'hôpital.

Enfin, le service central de pharmacie distribue actuellement les médicaments grâce à un système de transport par chariots pour les pharmacies satellites. L'implantation d'un système de tubes pneumatiques permet de transporter certains médicaments de la pharmacie centrale vers les différentes pharmacies satellites.

4.4.3.8 Service de laboratoire

La décentralisation des laboratoires semble difficilement réalisable, dans le contexte des hôpitaux canadiens. En effet, l'investissement requis pour constituer un laboratoire satellite est approximativement de \$250 000, soit un investissement global de deux (2) millions de dollars pour tout l'hôpital (HCAB, 1992a). Des laboratoires satellites occasionnent aussi une perte d'espace auprès des unités de soins. En raison des contraintes d'espaces des unités des soins, de techniciens en laboratoires spécialisés mais aussi aux investissements coûteux déjà réalisés par l'hôpital auprès de laboratoires centraux, il n'est pas recommandé d'effectuer un ré déploiement des laboratoires. Cependant, s'il était possible de constituer à nouveau une unité de soins, il serait opportun d'y décentraliser une mini-suite de laboratoire. De plus, l'hôpital doit dans le futur, envisager la constitution de mini-suites de laboratoires avant de réaliser d'importants investissements en équipements pour les laboratoires centraux. De plus, avec une décentralisation des laboratoires, le personnel médical et infirmier déjà présent sur l'unité de soins pourraient lui-même effectuer l'analyse des prélèvements

simples. Ces prélèvements représentent la majorité des tests à réaliser. De plus, le temps de traitement pourra être grandement réduit permettant ainsi de diminuer les demandes d'analyses de prélèvements effectuées par le corps médical. Enfin, des suites de laboratoires décentralisées sont opérationnelles 24 heures, avantage notoire qu'on ne peut avoir avec des laboratoires centraux.

L'objectif majeur d'une décentralisation des laboratoires est d'obtenir une réduction drastique des délais de traitement des spécimens. Le processus global de traitement d'un spécimen peut varier de deux (2) à plusieurs heures avant l'obtention des résultats sur l'unité. Le principal problème du processus d'opération se situe dans les délais occasionnés par le système de transport actuel. Un messenger vient collecter durant le quart de jour uniquement, les prélèvements à toutes les 90 minutes, puis les apporte aux laboratoires où il récupérera les résultats. La stratégie de réorganisation proposée est de concevoir un système de transport par tube pneumatique. Ce système de tube interrelie toutes les unités de soins et les laboratoires. Il est possible d'utiliser les tubes pneumatiques pour envoyer les prélèvements aux laboratoires et pour recevoir les résultats.

Je recommande cependant de transmettre les résultats par un système informatisé. Le délai de transport par tube, d'une station à une autre, est d'environ une (1) minute. Le laboratoire peut par la suite analyser le prélèvement et renvoyer aussitôt le résultat à l'unité. Le temps de traitement devrait être réduit à une quinzaine de minutes pour les prélèvements simples.

Le système proposé est un système de tube composé de 32 stations et ayant une capacité de 3500 transactions par 24 heures. Toutes les stations sont interreliées et peuvent effectuer des transactions entre elles. L'annexe 8 présente la localisation des stations ainsi que la logistique du flux des opérations. Ce système est contrôlé par un ordinateur central qui gère la logistique de toutes les transactions. Le coût d'installation serait d'approximativement \$600 000 pour l'ensemble de l'hôpital. Ce système améliore l'efficacité et la productivité des services utilisateurs, en accélérant la transmission d'information. Il régularise le flux de spécimens à traiter et la charge de travail pour les laboratoires, puisque dorénavant les prélèvements arriveront graduellement plutôt qu'en lot. Le personnel médical est moins enclin à demander plusieurs tests puisqu'il est assuré de recevoir les résultats rapidement. Le système peut si nécessaire être utilisé sur une période de 24 heures alors que le service de transport actuel n'est réalisé que sur une période de huit (8) heures.

Le système informatisé permet aussi de déterminer les capacités d'utilisation du système de tube afin de connaître les périodes de pointe et le volume de transactions réalisées. Cela rend possible l'établissement de protocoles d'utilisation afin d'optimiser l'utilisation du système. L'efficacité du système de tube permet aux unités de soins de prendre des décisions médicales plus rapidement grâce à l'obtention accélérée des résultats de prélèvements. La durée de séjour de certains patients de l'hôpital peut éventuellement être réduite. Enfin, les différents utilisateurs n'ont plus autant d'activités de transport à effectuer dans l'hôpital. Cela permet de libérer considérablement l'utilisation des ascenseurs.

L'utilisation de ce système peut être étendue à plusieurs autres services de l'hôpital afin de faciliter leurs transactions. Le tableau 4.2 présente les services utilisateurs ainsi que les économies potentielles annuelles occasionnées par le système de tube pneumatique.

TABLEAU 4.2
SERVICES UTILISATEURS DU SYSTÈME
DE TUBE PNEUMATIQUE

Services	Utilisation	Économie annuelle
1. Messagerie	transports des prélèvements entre les unités et les laboratoires	\$100 000
2. Pharmacie	transport des médicaments vers les pharmacies satellites	\$0
3. Centrale de stérilisation	transport des instruments au bloc opératoire et transport de fournitures aux unités de soins	\$0
4. Diététique	transport des commandes spéciales (lait, jus) vers les unités de soins	\$0
5. Banque de sang	transport du sang aux unités de soins et au bloc opératoire	\$0
6. Unités de soins	transport de dossiers, de spécimens et de réquisitions aux unités clientes	\$0
7. Magasin central	transport de commandes et de fournitures aux unités clientes	\$0
TOTAL DES ÉCONOMIES ANNUELLES (autofinancement sur 6 ans)		\$100 000

La plupart des services utilisateurs du système de tube pneumatique ne peuvent réaliser des économies tangibles puisqu'ils n'ont pas de personnel spécialement attiré à ces tâches de transport. Cependant, l'épargne de temps réalisée permet au personnel de travailler davantage auprès des services concernés et des unités de soins afin d'accomplir d'autres tâches plus productives.

4.4.3.9 Service de radiologie

Le modèle de l'hôpital centré sur le patient recommande la décentralisation du service de radiologie par des mini-suites de radiologie auprès des unités de soins. Malgré les avantages incontestables que peut représenter cette décentralisation, elle s'avère difficile à réaliser dans le contexte des hôpitaux canadiens et québécois. En effet, la constitution d'une mini-suite de radiologie implique un investissement de \$250 000 (HCAB, 1992a). Pour réaliser cette décentralisation dans l'hôpital, en plaçant une seule suite de radiologie par étage, il est nécessaire d'investir une somme de 1.5 millions de dollars. Or, la situation financière précaire du système de santé canadien et québécois ne peut permettre de telles dépenses.

Une mini-suite de radiologie ne s'occupe que des prises de radiologie simples. En terme de fiabilité, il demeure préférable d'effectuer une radiologie avec les équipements sophistiqués du service central. Enfin, en terme d'efficacité de processus et de rapidité d'exécution d'une radiologie la décentralisation s'avère intéressante. Toutefois, en raison de la qualité des radiographies obtenues par l'équipement d'une mini-suite il est

préférable de maintenir un service central. De plus, le redéploiement de ce service implique de déplacer les radiologues auprès des unités de soins. Ces radiologues qui coûtent extrêmement cher ne peuvent pas être employés à leur plein potentiel auprès d'une mini-suite. Peut-être est-il souhaitable de remettre en question la spécialisation du corps médical et d'avoir des médecins polyvalents sur notre unité de soins capables d'effectuer les tâches d'un radiologue? Ainsi, à la lumière de ces éléments, une décentralisation des activités de radiologie n'est pas recommandée.

Je suggère toutefois une réorganisation interne du processus de radiologie, afin de traiter le patient plus rapidement et de réduire le nombre d'intervenants. En premier lieu, il est possible de s'attarder au processus de préparation, d'envoi et d'analyse de requêtes qui exige à lui seul plusieurs heures. Il peut être simplifié grandement par l'introduction d'un système informatisé des soins infirmiers. La transmission des requêtes peut aussi s'effectuer par courrier électronique au service central afin de réduire les temps d'attente de transport du service de messagerie. Enfin, il est recommandé de réévaluer les méthodes de transport des patients afin d'optimiser la logistique et les temps de transport.

4.5 Formation d'équipes multidisciplinaires d'administration des soins

Une partie stratégique de la réingénierie de l'administration des soins consiste à restructurer les tâches et les responsabilités du personnel soignant. L'objectif de cette réorganisation est d'assurer un environnement de soins où le patient reçoit un service

personnalisé et continu en interagissant avec une équipe individualisée de soins.

Le protocole d'observation réalisé au 7 ouest démontre que les infirmières passent en moyenne 40 minutes par patient, par quart de travail de huit (8) heures à administrer des soins directs et indirects (médicaments, soins infirmiers, soins de base, support moral, changement de lingerie, nourrir le patient). Cela signifie qu'elles effectuent des activités diverses de soins durant approximativement quatre heures, soit 50% du temps de leur quart de travail. D'après la figure 1.11 (voir page 33) qui indique la répartition du temps infirmier, en moyenne 27% de leur temps est distribué aux activités de soins infirmiers et 6% aux activités de diététique. Les résultats de 50% des temps alloués aux activités de soins aux patients par le personnel infirmier de l'unité de soins 7 ouest sont supérieurs à la moyenne de 33% proposée par Lathrop (1991). Il n'en demeure pas moins que le personnel infirmier ne consacre que la moitié de son temps aux activités de soins directs aux patients et qu'il est possible d'améliorer la situation. Les résultats qualitatifs de l'étude indiquent aussi que le personnel infirmier consacre beaucoup de temps à effectuer des tâches qui peuvent être déléguées à un personnel moins qualifié. Il est donc possible de réorganiser le personnel sur l'unité ainsi que leurs tâches respectives. L'introduction de divers outils de travail, tels qu'un système informatisé, le "Critical Pathway", l'organisation des aires et des espaces de travail, ainsi que les changements introduits par une population à diagnostics similaires et une décentralisation des activités de soins permettent d'accroître le temps consacré aux soins du personnel infirmier.

Le modèle de l'hôpital centré sur le patient suggère de constituer des équipes de travail composées d'une infirmière, d'un spécialiste (physiothérapeute, inhalothérapeute, etc.) et d'un partenaire de support. Puisqu'il s'avère difficile de décentraliser les activités spécialisées (services auxiliaires, radiologie, laboratoire), en raison des contraintes financières du système hospitalier canadien et québécois, les spécialistes ne feront pas partie de l'équipe de soins. Deux approches de réorganisation des équipes de soins sont envisageables.

4.5.1 Équipe de soins composée d'une infirmière et d'un partenaire de support

Selon la première approche, l'unité pilote fonctionne avec des équipes de soins composées d'une infirmière et d'un partenaire de support qui administrent les soins pour huit (8) patients au lieu de cinq (5), durant le quart de jour. L'équipe peut s'occuper d'une dizaine de patients pour les quarts de soir et d'une quinzaine de patients pour les quarts de nuit. L'infirmière assure les tâches liées aux soins infirmiers telles que l'admission du patient, le plan de soins, les médications, la prise d'électrocardiogrammes, la thérapie physique et respiratoire, la prise d'intraveineuse, l'éducation des patients et la détermination de leurs besoins lors du départ.

Cette réorganisation des tâches des infirmières enrichit leur travail. D'ailleurs, ces nouvelles responsabilités déléguées au personnel infirmier sont une source de motivation et d'actualisation, puisque ces tâches sont directement liées aux soins aux patients. De l'accord des auteurs en réingénierie des soins, un personnel

multidisciplinaire est plus productif que le personnel spécialisé, ce qui contribue à augmenter les soins directs aux patients (HCAB, 1992a; Lathrop, 1993). Toutefois, il est possible que l'équipe soignante résiste à une telle réorganisation de soins. Il faut s'assurer de présenter habilement ce nouveau concept afin de ne pas affecter la qualité des soins offerts aux patients.

Le partenaire de support s'occupe des activités de soutien pour les patients tels que les bains, le nettoyage, la toilette, le transport, les fournitures, dresser les lits, habiller le patient, distribuer et donner les repas et faire le ménage dans sa section de travail. Il est nécessaire de réévaluer les salaires des partenaires de support, qui doivent être établis en fonction de la répartition du temps attribué à chaque type de tâches. Pour constituer une nouvelle échelle salariale pour ce personnel, il faudra entamer des négociations syndicales.

4.5.2 Équipe de soins composée de deux infirmières

Une seconde approche consiste à créer des équipes de soins constituées d'une infirmière bachelière et d'une infirmière qui s'occuperait de neuf (9) à dix (10) patients pour les quarts de jour. L'équipe peut prendre en charge quatorze patients pour les quarts de soir et une vingtaine pour les quarts de nuit. Cette approche, appelée équipe de soins infirmiers modulaire, travaille en partenariat pour l'administration de tous les soins directs et indirects des patients (Magargal, 1987; Bennett & Hylton, 1990). L'équipe de soins infirmiers s'occupe d'un module, voire d'une aire de patients, afin

d'assurer la continuité des soins personnalisés. Il est toutefois nécessaire de garder un préposé aux bénéficiaires pour assurer les tâches de transport, d'approvisionnement et de support de soins sur l'unité.

L'infirmière bachelière joue le rôle de leader de l'équipe et s'assure de la coordination des activités de soins du module (Hughes & Anderson, 1993). Elle assume d'ailleurs des soins infirmiers plus complexes, tels que:

- élaborer un plan de soins;
- évaluer la charge de travail du module;
- communiquer les besoins des patients au corps médical;
- communiquer avec la famille des patients;
- assurer le transfert d'information entre les équipes de soins;
- administrer les activités thérapeutiques;
- éduquer les patients;
- déterminer les besoins des patients lors du départ, etc.

L'infirmière est une partenaire qui s'occupe de soins infirmiers et des soins de base aux patients, tels que:

- administrer les médications;
- effectuer les activités thérapeutiques;
- administrer les soins de base;

- changer la lingerie;
- documenter l'administration des soins;
- nourrir le patient, etc.

Cette équipe de soins s'occupe d'un module de patients pour une période de huit (8) à douze (12) semaines puis peut réaliser une rotation auprès de l'unité. Composée de deux (2) infirmières, une telle équipe a l'avantage d'assurer une présence au module pendant les périodes de poses et de repas. De plus, elle permet d'accroître l'efficacité du personnel infirmier puisque les temps requis pour chercher de l'assistance, coordonner les soins et communiquer l'information sont diminués. Cependant, des quarts de travail de douze heures sont longs et peuvent occasionner une fatigue du personnel infirmier. Cette fatigue peut engendrer des erreurs dans le traitement des patients et affecter la qualité des soins offerts. De plus, la création d'équipes composées de deux infirmières, dont une bachelière, peut occasionner certains désavantages. En effet, cette nouvelle approche peut attribuer des tâches plus complexes à une infirmière bachelière sans prendre en considération ses compétences et son expérience. Dans la même logique, le risque de brimer des infirmières n'étant pas bachelières mais qui sont très compétentes est élevé. Je pense qu'il sera important de prendre en considération cette faiblesse du modèle afin de ne pas démotiver les acteurs de soins et de compromettre la qualité des soins. La figure 4.4 présente les avantages de ces équipes de soins.

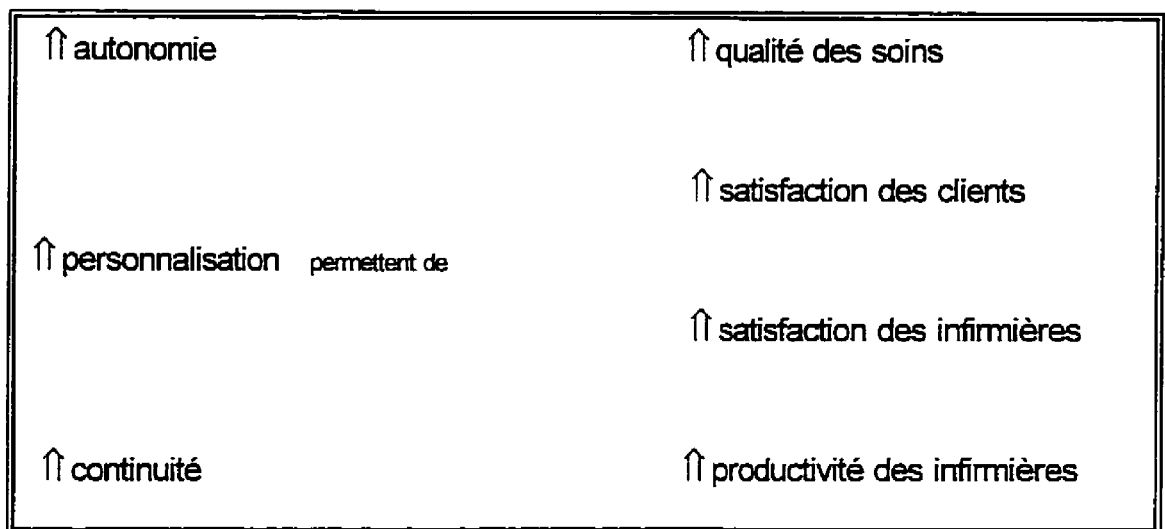


Figure 4.3: Bénéfices de la nouvelle structure des équipes de soins

Cette équipe de soins composée de deux (2) infirmières correspond davantage à la philosophie des soins infirmiers de l'Hôpital Général Juif. En effet, les soins infirmiers considèrent les activités de soins de base comme partie intégrante de la relation entre l'infirmière et le patient. Cette relation est le ciment du développement d'un plan de soins et de l'administration efficace des soins infirmiers.

Selon cette philosophie, il est paradoxal de déléguer les tâches de soins de base à un partenaire de support tel que proposé par la première approche d'équipe de soins. Cependant, l'approche d'une équipe de soins modulaire composée de deux (2) infirmières ne permet pas à l'hôpital de faire les économies approximatives de \$60 000 par année, qui est réalisables avec l'approche d'équipe de soins. Dans le contexte de crise financière du système hospitalier, est-il possible d'opter pour une approche axée sur une qualité de soins supérieure ou faut-il plutôt retenir une approche orientée

vers la rationalisation des coûts?

L'application d'une des deux (2) équipes de soins présentées permet de développer un esprit d'équipe et d'entraide dans l'unité. L'équipe de soins peut développer une complémentarité dans son travail accroissant ainsi l'efficacité et l'offre de soins de qualité supérieure aux patients.

4.5.3 Réorganisation des horaires de travail

L'organisation des horaires de travail occupe un rôle capital dans l'efficacité, la qualité, la personnalisation et la continuité de l'administration des soins. Les horaires de travail doivent être agencés et structurés afin de répondre aux impératifs de qualité des soins attendus par le patient. Une réorganisation des horaires s'impose puisqu'actuellement, un nombre considérable d'infirmières et de préposé(e)s interagissent dans le processus de soins aux patients amenuisant ainsi la continuité des services offerts.

Je recommande de constituer de préférence des horaires d'équipes de travail de 12 heures, afin de réduire le nombre d'intervenants avec le patient. Dans la même logique, la transmission d'information sur les patients entre les infirmières est simplifiée puisqu'il n'y a plus qu'un seul changement d'équipe. De plus, les infirmières doivent de préférence compléter leurs trois (3) journées de travail dans un délai de 5 jours afin d'assurer une continuité des soins avec les patients.

Dans l'éventualité où les équipes de soins peuvent être composées de partenaires de support, ceux-ci doivent continuer à avoir des quarts de travail de huit (8) heures. Il s'avère impossible de modifier les clauses de leur convention collective. Cela signifie que trois (3) partenaires de support s'occupent du patient sur une période 24 heures. Cette distribution des horaires nous permet de réduire plus aisément le nombre de partenaires de soins pour le quart de nuit en maintenant un employé pour 12 patients.

En tenant compte des contraintes humaines et familiales du personnel infirmier de l'unité, il est aussi possible de constituer des équipes de soins travaillant avec des quarts de travail de huit (8) heures. Ces équipes doivent cependant condenser leurs horaires de travail dans une période de cinq (5) jours au lieu de sept (7) jours afin d'assurer une continuité des soins. Cette concentration des horaires de travail n'est pas plaisante pour le personnel soignant. De plus, la partie syndicale risque de s'objecter avec rigueur à un tel changement.

D'après la convention collective des infirmières, celles-ci ont le droit de choisir à leur convenance des quarts de travail de huit (8) ou 12 heures. Une clause de leur convention stipule aussi qu'il s'avère possible de constituer des horaires de travail de 12 heures pour toute l'unité, advenant un vote majoritaire à 75% du personnel infirmier de l'unité. L'unité pourrait tenter de régulariser cette politique.

L'étude d'observations réalisée auprès de l'unité révèle qu'en moyenne, huit (8) infirmières différentes sont assignées à un patient, pour une période de quatre (4) jours.

En constituant des équipes de travail de 12 heures, s'occupant toujours d'une même aire de travail, un nombre de quatre (4) infirmières cotoieraient un patient pour la même période de temps. Leur nombre serait donc réduit de moitié.

Toujours selon les résultats de notre observation, une moyenne de 33 intervenants interagissaient avec un patient, au cours d'une période de quatre (4) jours. Ce nombre peut être réduit à 22 intervenants par l'implantation d'un processus de décentralisation et de personnalisation des soins introduit sur l'unité. En effet, les personnels externes des services centralisés, tels que l'inhalothérapie, les intraveineuses, les électrocardiogrammes, la diététique ne seront plus en contact avec le patient.

Le personnel infirmier et de support doit recevoir de la formation. Le personnel infirmier doit être en mesure d'interpréter les électrocardiogrammes mais aussi d'administrer certaines thérapies physiques et respiratoires. Enfin, advenant la sélection de l'approche d'une équipe composée d'une infirmière et d'un partenaire de support, il est nécessaire que les infirmières apprennent à mieux déléguer le travail. Le personnel de support doit aussi recevoir de la formation sur l'administration des soins de base aux patients.

4.5.4 Redistribution des patients

Une distribution efficace des patients entre le personnel infirmier est essentielle pour assurer une charge de travail équilibrée. De plus, leur localisation auprès de l'unité occupe un rôle important quant aux temps de déplacements des infirmières. D'après

mes observations, le personnel infirmier doit fréquemment s'occuper de patients qui sont répartis dans plusieurs chambres localisées à différents endroits dans l'unité et cela afin d'équilibrer les charges de travail.

La nouvelle unité doit fonctionner avec des modules de travail et être constituée d'équipes de soins pour lesquelles il faut assurer un équilibre des charges de travail d'après les admissions de patients. L'unité pilote agrandie apporte une meilleure flexibilité quant à la possibilité d'ajuster les charges de travail, puisque le nombre d'admissions y est plus élevé. De plus, la similitude des diagnostics facilite la prédiction de la charge de travail et la distribution des patients sur l'unité.

4.6 Restructuration et simplification des processus de soins

4.6.1 Informatisation

L'introduction d'un système informatisé permet d'accroître considérablement l'efficacité de la gestion des soins. Un système de gestion spécialisé dans les soins infirmiers simplifie le processus de décision du personnel infirmier, en leur permettant d'élaborer, de planifier et de mettre à jour le plan de soins. Le système proposé pourrait être le "MEDIPLAN" de la compagnie IST, qui a déjà été introduit avec succès et satisfaction auprès de différents instituts hospitaliers.

Un tel système améliore considérablement la qualité de l'information en termes de

disponibilité, d'accessibilité et de précision. De plus, il offre la possibilité de déterminer la charge de travail basée sur les interventions passées et futures. L'informatisation permet aussi de transmettre rapidement les requêtes et les résultats entre l'unité de soins et les autres services. Les échanges d'information se font principalement entre les grands services tels que la radiologie et les laboratoires et l'unité. La transmission instantanée des requêtes ainsi que des résultats de tests permet de réagir plus rapidement.

Un système informatisé de gestion facilite par ailleurs le traitement des services auxiliaires puisque la réception des requêtes s'effectue avec un flux constant plutôt que regroupé.

Voici certains avantages d'un système informatisé:

- ▶ plan de soins individualisés;
- ▶ plan d'enseignement;
- ▶ protocoles de soins;
- ▶ techniques de soins;
- ▶ documentation des intervenants;
- ▶ suivi du séjour d'hospitalisation;
- ▶ assure la communication et continuité des soins prodigués entre les divers intervenants;
- ▶ élaboration du diagnostic infirmier;

- feuille de route pour le personnel infirmier.

Le système informatisé fonctionne avec différents codes d'accès afin d'assurer la confidentialité de l'information. Il est possible de gérer le type d'informations à divulguer au personnel de l'unité selon leurs fonctions. Ainsi, un partenaire de support ne peut avoir accès qu'à la fiche d'information générale sur les soins de base à administrer au patient. L'infirmière ou le médecin peut avoir accès à l'ensemble du dossier, et insérer ou modifier des données selon leurs fonctions. Ce système offre la possibilité d'avoir des plans d'intervention "Case Management", voir même des "Critical Pathway" afin de faciliter la planification des soins. Ces systèmes vont aussi permettre d'améliorer le suivi du traitement des patients et ainsi favoriser des soins de qualité supérieure.

Un aspect important de ce système est sa capacité à déterminer la charge de travail que représente le volume et le type de clientèle sur l'unité de soins. Cette information permet de mieux gérer la distribution et l'équilibre des tâches des membres de l'équipe de travail. Cet outil de gestion est pratique dans un contexte où le contrôle et la justification des coûts et des dépenses sont exigés du personnel de gestion des unités de soins. L'infirmière chef peut plus aisément avoir accès à l'information concernant la lourdeur de son unité de soins et parallèlement justifier et estimer les dépenses.

Un tel système serait installé dans la station des infirmières et nécessiterait cinq terminaux pour couvrir les besoins d'une unité de 75 lits. L'investissement requis pour acquérir un tel système est d'environ \$130 000. Ce coût inclut la formation de la main

d'oeuvre qui est de 25 heures d'entraînement par infirmière. Par contre, il est probable que certaines infirmières qui ne sont pas familières avec l'informatique résistent à l'implantation d'un tel système. Encore une fois, l'hôpital doit manoeuvrer habilement avec ses ressources humaines afin d'introduire un tel changement avec succès.

Ce système permet de réduire considérablement le nombre de dossiers différents que les infirmières doivent compléter. En effet, les fiches de médicaments, les notes d'évolution, les activités quotidiennes ainsi que le GRASP (système d'évaluation de la lourdeur des patients, voire la charge de travail par infirmière) sont dorénavant comprimés dans une seule feuille informatisée, alors que deux autres documents demeurent manuscrits dans la chambre du patient, soit la feuille des signes vitaux et le registre ingesta et extreta. De plus, toutes les informations inscrites par les infirmières dans le système informatisé peuvent être reliées directement à l'ordinateur de l'archiviste. Il demeure toutefois nécessaire d'imprimer l'information et de l'insérer dans le dossier du patient à cause des législations médicales. D'après Lathrop (1991), le personnel infirmier passe 19% de son temps à effectuer de la documentation médicale. L'efficacité d'un tel système jointe à l'implantation d'un "Critical Pathway" permettent de simplifier et de diminuer les temps de documentation d'environ 20% d'après la compagnie IST.

4.7 Réorganisation de la structure budgétaire

Le modèle de gestion hospitalière accorde une place de taille à la structure et aux

dépenses budgétaires. Tous les services de l'hôpital détiennent un budget qui doit être impérativement respecté afin d'assurer l'équilibre financier de l'institution. L'imminente restructuration du réseau hospitalier, conjuguée à des coupures drastiques des allocations budgétaires, rendent capitale une saine gestion des dépenses à l'hôpital. Une réorganisation de la structure budgétaire s'impose. Il serait nécessaire de remettre en question les barrières rigides imposées par le guide budgétaire (guide qui indique le centre de coûts des dépenses).

Le modèle de base proposé est d'imputer les dépenses aux utilisateurs des différents services afin de les rendre conscients des coûts occasionnés pour l'institution. Pour ce faire, il est important d'évaluer les types de services qui peuvent être mieux contrôlés advenant une décentralisation des budgets. Voici une liste de certains services qui peuvent être facturés aux unités de soins et aux différents utilisateurs:

- service des télécommunications (longues distances)
- service de diététique (repas et fournitures)
- service de buanderie (lingerie)
- service de messagerie (envois postaux externes)
- centre de pharmacie (médicaments)
- service de laboratoires (analyses de prélèvements), etc.

L'application d'une telle politique au sein de l'hôpital permet de réaliser d'importantes économies en conscientisant l'utilisateur de services.

4.8 Réduction de la durée de séjour d'hospitalisation

D'après les études du Health Care Advisory Board (1992a), au moins 66% des causes de départs tardifs sont dues à la mauvaise planification des départs et aux retards des horaires de tests. C'est dire que le processus de départ des patients occupe une place importante dans la gestion de la durée de séjour. L'étude réalisée sur l'unité 7 ouest (voir 3.6) concernant les principales causes de retards de départ a démontré que 59% des patients ne se conforment pas aux heures de départ recommandées par l'hôpital.

L'analyse de ces données indique que plus de 80% des retards sont liés aux activités des médecins (49%), du patient et de la famille (21%) et aux résultats de tests (11%). Il est essentiel de s'attarder à l'éducation de ces intervenants du patient et de ses proches afin d'améliorer l'efficacité de la gestion des départs.

Le médecin, principal intervenant, devrait dès sa formation universitaire être sensibilisé à la complexité de l'administration des soins et aux coûts d'hospitalisation. De plus, la vocation d'hôpital d'enseignement universitaire de l'HGJ fait en sorte qu'il faut y gérer un personnel médical en rotation constante. Je recommande à la Division des Services Professionnels de l'hôpital de constituer un programme de formation interne pour tous les nouveaux résidents en médecine. Ce cours peut traiter des politiques de l'hôpital ainsi que des aspects administratifs et budgétaires liés au corps médical.

Concernant le patient et la famille, il est nécessaire de renforcer l'importance de

respecter l'heure de départ édictée par l'hôpital. L'infirmière et le médecin doivent rappeler l'importance de cette politique aux patients. Je recommande de constituer une grille d'évaluation de la performance du respect des heures de départ, qui permet à l'unité de connaître avec précision son efficacité à gérer le départ des patients. Enfin, l'obtention de résultats de tests peut être améliorée en partie par un système de tube pneumatique en ce qui concerne les résultats de prélèvements. La décentralisation partielle de certains services thérapeutiques peut certainement accélérer aussi ce délai d'attente. Enfin, la réalisation de tests auprès de services auxiliaires demeure un problème qui doit être approché par l'entremise d'une bonne gestion et planification.

La dysfonction entre la coordination des tests et du transport des patients est une problématique majeure qui affecte la durée de séjour. En effet, il arrive régulièrement qu'un test d'un patient soit retardé en raison d'une mauvaise coordination entre son transport vers un service auxiliaire et l'horaire du test prévu. Dans la même optique, la problématique du transport des patients affecte l'efficacité de certains services auxiliaires retardant ainsi le respect des rendez-vous des patients internes et externes de l'hôpital. Le système de transport de patients est actuellement décentralisé dans l'hôpital et la coordination et le contrôle sont déficients surtout à cause du maintien d'un personnel spécialisé strictement dédié au transport. Il s'avère donc difficile d'utiliser ce personnel de manière optimale et efficace puisque la fréquence de travail des activités de transport est très variable au cours de la journée, et d'une journée à l'autre.

Il est recommandé de réévaluer la logique et la structure de toutes les activités de transport dans l'hôpital afin de développer un modèle efficace, tout en tenant compte des barrières syndicales de spécialisation des tâches. Je recommande d'évaluer la possibilité de constituer une équipe de transport centrale afin d'optimiser l'utilisation du personnel mais aussi d'améliorer le contrôle et la coordination. Des études de productivités réalisées auprès d'autres institutions ayant un système central relèvent une moyenne d'efficacité de 25 transports de patients par préposé par jour de travail alors qu'à l'HGJ la moyenne est de 18 transports. Un personnel décentralisé qui demeure spécialisé à une tâche précise à cause de la convention collective n'est pas utilisé à son plein potentiel. Afin d'avoir un système décentralisé efficace, il sera nécessaire de remettre en question les contraintes de spécialisation de tâches émises par les conventions collectives.

Le modèle de l'hôpital centré sur le patient a un impact sur la durée de séjour. Ce nouveau modèle dynamique de la gestion des soins donnera aux équipes de soins une vue d'ensemble du patient, de l'admission au départ. Les nombreuses restructurations apportées par ce modèle permettront d'améliorer la qualité des soins offerts au patient durant l'ensemble de son traitement. Le tableau 4.3 résume les apports du nouveau modèle, en termes de réduction du temps de séjour.

4.8.1 Détermination du potentiel de réduction de la durée de séjour

L'étude de la réorganisation des soins réalisée permet d'identifier les réductions

TABLEAU 4.3

**MODÈLE DE L'HÔPITAL CENTRÉ SUR LE PATIENT; FACTEURS DE
RÉDUCTION DE LA DURÉE DE SÉJOUR D'HOSPITALISATION**

1. Regroupement de patients ayant des besoins similaires	
↓ DURÉE DE SÉJOUR	<ul style="list-style-type: none"> .redéploiement des services auxiliaires et cliniques .amélioration de l'expertise et des habiletés du personnel soignant .régulation de la charge de travail .facilite l'implantation du "Case Management" et du "Critical Pathway" .unité avec une grandeur plus optimale .réorganisation physique et ergonomique de l'unité
2. Décentralisation des activités de soins	
↓ DURÉE DE SÉJOUR	<ul style="list-style-type: none"> .rapprocher les services de soins du patient .réduction des temps d'attente et de transport .réduction des temps de communication et de coordination .réduction des temps de traitement de test .accélération de l'analyse des prélèvements .amélioration de la qualité et de la personnalisation des soins .accélération du transfert de l'information .accélération de l'admission sur l'unité .meilleure gestion des dossiers médicaux
3. Formation d'équipes multidisciplinaires d'administration des soins	
↓ DURÉE DE SÉJOUR	<ul style="list-style-type: none"> .accélération des traitements thérapeutiques .polyvalence accrue du personnel soignant .enrichissement des tâches du personnel infirmier .amélioration du travail d'équipe .accélération du délai de traitement .gestion modulaire des patients .réduction des déplacements du personnel .amélioration de la continuité des soins .amélioration de l'autonomie du patient
4. Restructuration et simplification des processus de soins	
↓ DURÉE DE SÉJOUR	<ul style="list-style-type: none"> .documentation des dossiers médicaux accélérée par un système informatisé .simplification de la prise d'information médicale .répartition plus efficace des tâches .réduction drastique des étapes des processus de traitement par la décentralisation .amélioration des activités de transport .accélération du transfert d'information

potentielles sur la durée de séjour par le modèle de l'hôpital centré sur le patient. Il a donc été possible de déterminer de manière qualitative les bénéfices qui peuvent être obtenus par le nouveau modèle. Toutefois, il s'avère difficile de quantifier avec précision l'impact d'une telle réorganisation sur la durée de séjour. Cela est dû au fait qu'il est difficile d'estimer l'impact d'une meilleure organisation des soins sur le processus de guérison d'un patient. À titre d'exemple, comment peut-on déterminer avec exactitude quel sera l'impact de la spécialisation d'une unité de soins sur la réduction du temps de séjour? Quelles peuvent être les conséquences de la réduction du nombre d'intervenants dans une unité de soins sur la durée de séjour? Quel est l'effet d'un réaménagement de l'espace et d'un élargissement de l'unité sur la durée de séjour?

Afin de pouvoir évaluer avec précision les résultats qui sont obtenus par une réorganisation des soins il est nécessaire d'implanter les paramètres du modèle. D'ailleurs, son implantation peut être réalisée auprès d'une unité pilote afin de quantifier son apport tangible quant à réduction de la durée du séjour d'hospitalisation.

Puisqu'il nous est impossible d'implanter ce modèle pour les fins de cette étude, l'approche préconisée est d'identifier les résultats obtenus par d'autres hôpitaux similaires ayant introduit ce nouveau modèle de soins. L'hôpital St-Joseph de Toronto est un des pionniers parmi les hôpitaux canadiens à avoir implanté des concepts du modèle de l'hôpital centré sur le patient. Cet hôpital avait une durée moyenne de séjour de 6.8 jours d'hospitalisation en 1992 lorsqu'il a débuté l'introduction de la réingénierie des soins. L'hôpital St-Joseph a été capable de réduire sa durée d'hospitalisation de

9% après quatre années d'implantation du modèle. Les résultats sur la durée de séjour de l'hôpital Sonnybrook ont aussi été retenus. Cette institution n'offre pas de soins obstétriques et par conséquent à une durée de séjour plus longue. Nous pouvons

tout de même constater une réduction de 11% de la durée de séjour moyenne au cours des quatre dernières années. Le tableau 4.4 présente l'évolution des durées de séjour à l'hôpital St-Joseph et Sonnybrook. L'annexe 9 brosse un portrait des répartitions par service des durées de séjour de l'hôpital St-Joseph. L'Hôpital Général Juif à eu une durée de séjour moyenne de 6.2 jours en 1992-1993 et 1993-1994 et de 5.9 jours en 1994-1995 représentant une réduction de 5% en trois années.

TABLEAU 4.4
ÉVOLUTION DES DURÉES DE SÉJOUR

ANNÉES	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96
HÔPITAL ST-JOSEPH				
DURÉE DE SÉJOUR	6.8	6.5	6.2	6.2
HÔPITAL SONNYBROOK				
DURÉE DE SÉJOUR	10.1	9.6	9.4	9.1

Dans le secteur de santé américain, l'approche de l'hôpital centré sur le patient a été instaurée auprès de plusieurs institutions hospitalières. À l'aide d'articles spécialisés (Weber, 1991; Alexander 1992; The Advisory Board Company, 1993; Tidikis & Strasen,

1994; Tobin, 1996) et d'information obtenues auprès de certains hôpitaux américains, le tableau 4.5 indique les impacts de l'implantation du modèle sur la durée de séjour d'hospitalisation de patients. Les résultats obtenus auprès de sept hôpitaux américains ayant implanté ce modèle de soins depuis deux à cinq ans indiquent une réduction moyenne de la durée de séjour de 15.5%. L'hôpital Robert Wood Johnson est celui qui s'est le plus démarqué avec une réduction de 26% de la durée d'hospitalisation. Les résultats sur le cycle de traitement des patients sont remarquables. Grâce à cette réingénierie des soins, ces hôpitaux américains peuvent libérer des lits plus rapidement et traiter plus de patients et ainsi augmenter leurs revenus. C'est pour cette raison que cette nouvelle approche a évoqué tant d'enthousiasme auprès des institutions hospitalières américaines.

Les institutions hospitalières du secteur de santé canadien ont comme objectifs de maintenir l'accessibilité, la qualité de service et le contrôle des coûts. La réduction des durées de séjour des patients dans un hôpital canadien ou québécois ne permettrait pas d'augmenter les revenus. En contre partie, cette nouvelle approche de soins et son impact positif sur la réduction de séjour va augmenter la qualité et l'accessibilité aux soins. En effet, il sera dorénavant possible de traiter plus de patients puisque les durées de séjour seront réduites. Afin de réaliser des économies, l'hôpital canadien pourra coordonner la fermeture de quelques unités à certaines périodes de l'année. Finalement, le modèle de l'hôpital centré sur le patient facilite la réduction de la durée de séjour des patients et apporte des bénéfices notoires tant au modèle de santé américain que canadien.

TABLEAU 4.5
IMPACTS DU MODÈLE DE L'HÔPITAL CENTRÉ SUR LE PATIENT
SUR LA DURÉE DE SÉJOUR

HÔPITAL & LOCALISATION	NOMBRE DE LITS	RÉDUCTION DES JOURS/PRÉSENCE	POURCENTAGE DE RÉDUCTION DE LA DURÉE DE SÉJOUR
Henri Ford Détroit	N.A.	N.A.	14%
St-Vincent Indiana	1000	N.A.	17%
Lee Memorial Floride	628	8.2 à 7.7	6%
Delray Community N.A.	211	7.1 à 6.6	7%
Robert Wood Johnson New Jersey	416	N.A.	26%
Linus N.A.	800	N.A.	15%
Sally N.A.	200	7.2 à 5.5	24%
RÉDUCTION MOYENNE DES DURÉES DE SÉJOUR			15.5%

4.9 Évaluation des coûts d'implantation du modèle de réingénierie

Cette partie présente l'évaluation des coûts de réalisation du projet de réingénierie à l'unité pilote (voir tableau 4.6). L'implantation du modèle présenté dans ce projet de maîtrise nécessiterait un investissement approximatif de \$810 000. De plus, des dépenses en parallèle de \$600 000 sont liées à l'installation d'un système de tube pneumatique pour l'ensemble de l'hôpital.

En contrepartie, une estimation des économies émanant du projet a été réalisée sur une période de cinq années telle que prescrite comme délai d'auto-financement d'un projet à l'hôpital. Les économies engendrées par l'introduction de ce projet sont de l'ordre de \$1 250 000, après cinq ans. Ces économies prennent en compte l'implantation d'équipes de travail composées d'infirmières et de partenaires de support sur l'unité pilote. Advenant l'implantation de l'approche modulaire avec une équipe composée de deux infirmières, une économie potentielle de \$300 000 est annulée. Le projet occasionne alors des économies globales de \$950 000, soit \$140 000 de plus que ses coûts d'implantation. La grille d'évaluation des coûts présente aussi les économies pouvant émaner d'une décentralisation de certains services dans l'hôpital. Je recommande d'aller de l'avant avec le redéploiement de ces fonctions vers les unités de soins afin de réaliser d'importantes épargnes budgétaires.

L'analyse financière semble concluante face à l'implantation du projet de réingénierie. De plus, d'autres économies, intangibles, pourront être réalisées grâce à une réduction

TABLEAU 4.6

**GRILLE D'ÉVALUATION DES COÛTS D'IMPLANTATION DES COÛTS
D'IMPLANTATION DU MODÈLE DE L'HÔPITAL CENTRÉ SUR LE PATIENT**

DÉPENSES D'IMPLANTATION DU PROJET		
1. Réaménagement de l'unité		\$380 000
2. Système d'interphone dans l'unité		\$70 000
3. Système informatisé		\$130 000
4. Équipe de gestion du projet		\$150 000
5. Formation du personnel		\$80 000
TOTAL DES DÉPENSES		\$810 000
ÉCONOMIES OCCASIONNÉES PAR LE PROJET		
1. Réaménagement de l'unité		
▸ Infirmière chef	(\$60 000 x 5 ans)	\$300 000
▸ Agent d'unité	(\$60 000 x 5 ans)	\$300 000
2. Décentralisation		
▸ Service de diététique	(30 000 x 5 ans)	\$150 000
3. Rationalisation à la pharmacie satellite		
▸ Un technicien en pharmacie	(40 000 x 5 ans)	\$200 000
4. Réorganisation des équipes de soins avec un partenaire de support		
▸ Six infirmières par jour remplacées par des partenaires de support	(60 000 x 5 ans)	\$300 000
TOTAL DES ÉCONOMIES		\$1 250 000
ÉCONOMIES RÉALISÉES APRÈS CINQ ANS		\$440 000

de la durée des séjours d'hospitalisation. Enfin, l'introduction de ce projet contribue à améliorer la qualité et la continuité de l'administration des soins aux patients de l'hôpital.

4.10 Implantation du modèle de l'hôpital centré sur le patient

Une gestion éclairée et planifiée de l'implantation d'un projet de réingénierie est capitale à son succès. L'échéancier élaboré se concentre davantage sur l'implantation du modèle puisque toutes les démarches d'initiation et de compréhension, d'analyse de réingénierie des processus des soins ont déjà été réalisées. Toutefois, il est nécessaire de parcourir à nouveau les deux premières étapes d'introduction du projet afin d'obtenir le support voulu et d'apporter certaines améliorations possibles au modèle proposé. L'échéancier présenté à la figure 4.4, expose les différentes étapes du projet et le temps d'implantation requis.

L'implantation du projet de réingénierie est subdivisée en trois étapes. Premièrement, il est essentiel d'initier le projet en obtenant l'approbation et le support inconditionnel de la direction de l'hôpital. Une approche "Top Down" combinée avec une approche participative "Bottom Up" est recommandée pour implanter ce projet de réingénierie. La haute direction de l'hôpital doit s'impliquer activement et donner un soutien constant à l'équipe de gestion du projet. L'implantation doit être soutenue par une équipe multidisciplinaire. Cette équipe doit avoir une vision d'ensemble des rouages de l'institution. De plus, il sera essentiel d'impliquer et de faire participer le personnel et les intervenants de la base de l'organisation (infirmières, syndicats, etc.). La participation

active de ces intervenants va enrichir l'approche et les stratégies de réorganisation tout en amenuisant les sources de résistance aux changements (Dawe, 1996; Longo 1996). Les récentes études sur les résultats de l'implantation de projets de réingénierie démontrent que 50% à 70% des échecs sont liés à une gestion déficiente du facteur humain dans ce processus de changement (Mumford & Hendricks, 1996; Freed 1996; May & Kettlhut 1996). Une gestion diligente des ressources humaines s'impose afin de maintenir un environnement de travail harmonieux et favorable à l'introduction d'un projet de réingénierie.

La deuxième étape consiste à comprendre puis à analyser les processus de soins. L'équipe doit maîtriser les fondements de l'approche de réingénierie. Subséquemment, elle doit saisir le fonctionnement actuel des soins, réviser et s'entendre sur un nouveau modèle de soins basé sur l'approche de l'hôpital centré sur le patient. La dernière étape est de structurer l'implantation du modèle de réingénierie auprès de l'unité pilote. Il est capital d'élaborer avec diligence toutes les étapes nécessaires à l'implantation.

L'équipe doit développer des méthodes de communication et d'information solides pour gérer l'incertitude du personnel affecté par les changements (Ellis, 1994; Marshall & Yorks, 1994). De plus, elle doit promouvoir la participation et l'implication du personnel afin qu'ils contribuent au projet. Finalement, il est impératif lors de l'implantation du projet de réingénierie de planifier et d'organiser l'introduction de changements afin d'optimiser les chances de réussite.

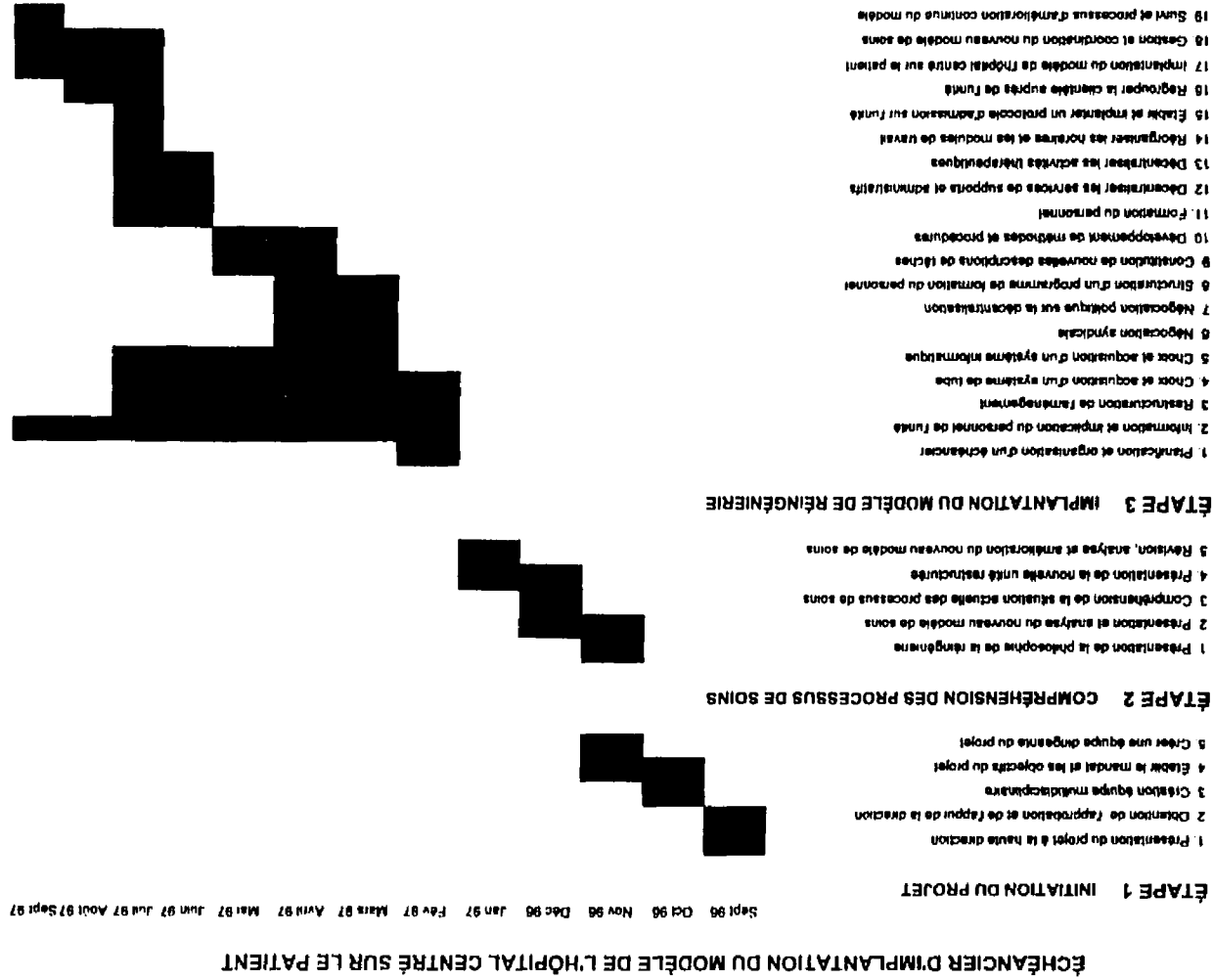


Figure 4.4: Échéancier des étapes d'implantation du projet de réingénierie des processus des soins

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour objectif d'évaluer les possibilités et les contraintes d'application d'un modèle de réorganisation de l'administration des soins aux patients à l'Hôpital Général Juif. Il s'est appuyé sur une revue de la littérature qui préconise la réingénierie des processus de soins dans des systèmes complexes que sont les hôpitaux. Cette étude a révélé que le modèle de soins de l'hôpital centré sur le patient ne peut être implanté intégralement dans un hôpital québécois en raison de contraintes syndicales et financières. L'étude a aussi soulevé qu'une introduction partielle, voire sectorielle de reconception des activités de soins réduirait les coûts, améliorerait la qualité des soins et favoriserait une réduction potentielle de 15.5% de la durée d'hospitalisation des patients.

L'implantation du modèle de l'hôpital centré sur le patient peut être réalisée partiellement à l'Hôpital Général Juif. En effet, la relocalisation et la décentralisation de certains services auxiliaires est contrainte par des implications financières, organisationnelles et culturelles. Malgré ces obstacles, la majorité des résultats de l'étude sur les diverses dimensions du nouveau modèle de soins sont concluants. Ainsi, le regroupement de patients, la décentralisation des activités de support et d'administration ainsi que des services auxiliaires sont réalisables. Enfin, les résultats obtenus pour la formation d'équipes de soins multidisciplinaires et de restructuration des processus de soins attestent qu'une opérationnalisation du modèle est possible.

Les hôpitaux québécois doivent repenser leurs approches de gestion en appuyant une saine concurrence. De plus, suite à la transformation des besoins du système de santé, les facultés de médecine devraient remettre en question la spécialisation des tâches du corps médical et tendre vers une formation polyvalente pour certains domaines. Il serait recommandé de renforcer la vision stratégique de l'institution à l'approche client afin d'améliorer la prestation des soins aux patients. L'Hôpital Général Juif devrait tester une implantation pilote de ce projet de réorganisation de soins. Cette approche de soins orientée sur la qualité des soins et la rationalisation des coûts lui permettrait d'avoir un avantage concurrentiel et d'être un hôpital innovateur dans le secteur de santé québécois.

Les hôpitaux québécois devront inévitablement travailler avec les parties syndicales afin de renégocier les conventions collectives souvent rigides. Une des barrières importantes à lever sera la polyvalence des tâches par la création des postes de travail multidisciplinaires qui permettront d'améliorer la qualité et la continuité des soins aux patients. Il sera important d'anticiper la résistance aux changements face à la remise en question systématique préconisée par la réingénierie. Cet obstacle peut entraîner des résistances propres à la culture du travail hospitalière lors de l'introduction d'un projet de réorganisation. La réalisation de projets de réingénierie a connu d'importants échecs allant de 50% à 70% au cours des dernières années. Une gestion orientée vers les ressources humaines de l'organisation et tenant compte de la résistance aux changements est capitale à une implantation réussie d'un projet de réingénierie.

Après le taylorisme, le fordisme, les organisations complexes font face de nos jours à un défi: la flexibilité des logiques post- fordistes suite à la révolution informationnelle et à la crise de l'État providence. Les hôpitaux québécois doivent repenser le travail, les rapports aux patients qui exigent plus qu'une gestion optimale et une restructuration administrative ou financière. Cela implique de réimaginer les relations sociales de l'organisation, la polyvalence et la participation des acteurs, la redéfinition constante des situations. L'application de ce modèle impose nombre de tactiques et stratégies. Les recherches futures devraient mettre l'accent sur l'analyse des résultats d'implantation de ce modèle auprès de différents hôpitaux ainsi que le degré de satisfaction des patients et du personnel de soins.

Enfin, ce mémoire a l'avantage de montrer, grâce à une analyse de cas, les potentialités du modèle de l'hôpital centré sur le patient. Seule son opérationnalisation pourra valider les apports concrets que ce modèle promeut dans le système de santé canadien. Elles devront également sortir des sentiers battus de la dichotomie traditionnelle entre recherche fondamentale et recherche appliquée. En effet, l'enjeu que nous pose la réingénierie c'est aussi de penser la "fin du travail" ou du moins la signification qui y est rattachée comme le montre J. Rifkin (1995). Réhumaniser les soins à l'hôpital ne sera atteint que si des alliances sont nouées entre intervenants et patients. C'est donc dire aussi qu'il faille distinguer la portée heuristique du modèle de la réingénierie selon les branches et les secteurs, les cultures de l'entreprises, et les principes du risque encourus par les sujets qui sont l'objet d'une telle restructuration de l'espace du travail.

RÉFÉRENCES

ALEXANDER, JEFF. (1992). Operational Restructuring: 19 Pioneering Models, The Health Care Forum, juillet, pp.1-15.

ANDREWS, D.C. & LEVENTHAL, N.S. (1993). Fusion: Integrating IE, CASE, and JAD: A Handbook for Reengineering the Systems Organization, New Jersey, PTR Prentice Hall, 388 p.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (1994). La réingénierie des processus du système de santé et des services sociaux, s'approprier le changement, Québec, Association des Hôpitaux du Québec, novembre, 75 p.

BAIRD, J. (1994). A Team to Take Better Care: Hospitals Try Cross-Training, The Houston Chronicle, mai, 6 p.

BARD, M.R. (1994). Reinventing Health Care Delivery, Hospital & Health Services Administration, automne, pp. 397-402.

BARTON, R. (1993). Business Process Re-engineering, Business Quarterly, printemps, pp. 101-103.

BENNETT, M.K. & HYLTON, J. (1990). Modular Nursing: Partners in Professional Practice, Nursing Management, March, pp. 20 -24.

BERGMAN, R. (1994). Reengineering Health Care, Hospitals & Health Networks, 5 février, pp. 28-36.

BERND, D.L. & REED, M.M. (1994). Re-Engineering Women's Services, Healthcare Forum Journal, janvier/février, pp. 63-67.

BLYTH, P.L. (1995). Patient Focused Care: Is it Working?, American Society for Healthcare Environmental Services, volume 10, no.2, pp. 7-9.

BORKOWSKI, V. (1994). Implementing of a Managed Care Model in an Acute Care Setting, JHQ, mars/avril, volume 16, no.2, pp. 25-30.

BOLTON, C. & GORDON, J. (1994). Re-engineering: A Prescription for Hospitals, FORUM Gestion des soins de santé, volume 7, no. 2, pp. 51-55.

BOSTON, C. & VESTAL, K.W. (1994). Work Transfomation, Hospitals & Health Networks, 5 avril, pp. 50-54.

CAFASSO, R. (1993). Re-Engineering, Computerworld, 15 mars, pp. 102-105.

CRAMER, D. & TUCKER, S.M. (1995). The Consumer's Role in Quality: Partnering for Quality Outcomes, Partnering for Quality Outcomes, janvier, pp. 54-66.

CURTIN, L.L. (1994). Restructuring: What Works - and What Does Not!, Nursing Management, volume 25, no.10, octobre, pp. 7-8.

DAVENPORT, T.H. & SHORT, J.E. (1990). The New Industrial Engineering: Information Technology and Business Process Redesign, Sloan Management Review, été, pp. 11-25.

DAWE, R.L. (1996). System are People Too, Integrated Warehousing & Distribution, January, pp. 86-87.

DAVENPORT, T.H. & NOHRIA, N. (1994). Case Management and the Integration of Labor, Sloan Management Review, hiver, pp. 11-23.

DOBBINS, R. (1995). La gestion des processus, une approche pratique qui dépasse les espoirs de la réingénierie, Document de l'Institut des Conseillers en Organisation et Méthodes du Québec, février, 90 p.

DORAY, P. (1994). Managing your Business Process Reengineering Projects, Pour Mieux Entreprendre, volume 4, no.1, octobre, pp. 2-4.

ELLIS, P. (1994). Re-Focusing on our Patients: A Vision for Excellence, Health Services Management, juin, pp. 10-12.

FALARDEAU, J. & BERGERON, F. (1994). La réingénierie des processus d'affaires dans le secteur public au Canada, Université Laval; Faculté des sciences de l'administration, Québec, Direction de la recherche, 23 p.

FEIT, E. (1994). Upgrading Systems: A New Pager, Nursing Management, décembre, p. 39.

FONBERG, E.M., Re-Engineering Clinical Care, St-Joseph's Health Center Document, 35 p.

FREED, D.H. (1996). The Role of the Human Resources Department in Hospital Reengineering, The Health Care Supervisor, mars, pp.37-45.

KÉLADA, J. (1994). Pas de reengineering sans qualité totale!, L'Expansion Management Review, été, pp. 60-65.

HAGERTY, B.K. & CHANG, R.S. & SPENGLER, C.D. (1985). Work Sampling: Analysing Nursing Staff Productivity, JONA, volume 15, no.9, septembre, pp. 9-20.

HALL, G. & ROSENTHAL, J. & WADE, J. (1993). How to Make Reengineering Really Work, Harvard Business Review, volume 71, novembre/décembre, pp. 119-131.

HAMMER, M. (1990). Reengineering Work: Don't Automate, Obliterate, Harvard Business Review, juillet/août, pp. 104-112.

HAMMER, M. & CHAMPY, J. (1993). Le reengineering: Réinventer l'entreprise pour une amélioration spectaculaire de ses performances, Paris, Dunod, 247 p.

HARMON, R.L. (1992). Reinventing the Factory II: Managing the World Class Factory, New York, The Free Press, 407 p.

HARRINGTON, H.J. (1994). La réingénierie des processus administratifs: le pouvoir de réinventer son organisation, Québec, les éditions Transcontinentales inc., 406 p.

HARRINGTON, H.J. (1991). Business Process Improvement: The Breakthrough Strategy for Total Quality, Productivity, and Competitiveness, New York, McGraw-Hill, 274 p.

HEALTH CARE ADVISORY BOARD (HCAB), (1991a). Hospital' Critical Pathways, Washington, The Advisory Board Company, décembre, 20 p.

HEALTH CARE ADVISORY BOARD (HCAB), (1991b), Decentralized Admitting Processes at Hospitals, Washington, The Advisory Board Company, décembre, 12 p.

HEALTH CARE ADVISORY BOARD (HCAB), (1992a). Toward a Twenty-First Century Hospital: Redesigning Patient Care, Washington, The Advisory Board Company, 248 p.

HEALTH CARE ADVISORY BOARD (HCAB), (1992b). Executive Report to the CEO: The Merits of Patient Focused Care, Washington, The Advisory Board Company, 51 p.

HEALTH CARE ADVISORY BOARD (HCAB), (1992c). Decentralized Admitting Departments, Washington, The Advisory Board Company, avril, 11 p.

HEALTH CARE ADVISORY BOARD (HCAB), (1993a). Mesuring Patient Focused Care, Washington, The Advisory Board Company, mars, 10 p.

HEALTH CARE ADVISORY BOARD (HCAB), (1993b). Cross-Training Staff in Respiratory Therapy, EKG Technology and Phlebotomy, Washington, The Advisory Board Company, décembre, 5 p.

HEALTH CARE ADVISORY BOARD (HCAB), (1994a). Nursing Staff Cross-Training Models, Washington, The Advisory Board Company, juin, 22 p.

HEALTH CARE ADVISORY BOARD (HCAB), (1994b). An Analysis of Patient Focused Care, Washington, The Advisory Board Company, septembre, 23 p.

HEALTH CARE ADVISORY BOARD (HCAB), (1994c). Patient Care Delivery Models. Washington, The Advisory Board Company, octobre, 9 p.

HUGHES, E. & ANDERSON, C.L. (1993). How to Implement a Different Structure of Nursing Care Delivery, Perspectives, Summer 1993, Vol. 17, No. 2, pp. 9-16.

HUNT, D.V. (1993). Reengineering, New York, Oliver Wight Publications Inc., 282 p.

HYLANDS, J. & SARNAVKA, A. (1984). Primary Nursing or Total Patient Care? Dimensions, octobre, pp. 10-11.

JACOB, G. (1993). Le reengineering: l'entreprise reconfigurée, Paris, Édition Hermes, 137 p.

JIRSCH, D. (1993). Patient-Focused Care: The Systemic Implications of Change, Gestion des soins de santé, hiver, pp. 27-32.

JOHANSSON, H.J. & MCHUGH, P. & PENDLEBURY, A.J. & WHEELER, W.A. (1993). Business Process Reengineering Breakpoint: Strategies for Market Dominance, New York, Edition John Wiley & Sons, 241 p.

JUDSON, A.S. (1991). Changing Behavior in Organizations: Minimizing Resistance to Change, Massachussetts, Basil Blackwell, 220 p.

KANTER, R.M. (1988). When Giants Learn to Dance, New York, Simon and Schuster, 415 p.

LATHROP, J.P. (1991). Where Your Dollar Goes, Healthcare Forum Journal, juillet/août.

LATHROP, J.P. (1991). The Patient-Focus Hospital, Healthcare Forum Journal, juillet/août, pp. 17-21.

LATHROP, J.P. (1992). The Patient-Focused Hospital, Healthcare Forum Journal, mai/juin, pp. 76-78.

LATHROP, J.P. (1993). Restructuring Health Care: The Patient Focused Paradigm, San Francisco, Jossey-Bass, 218 p.

LEE, J.G., CLARKE, R.W. (1992). Restructuring Improves Hospital Competitiveness, Healthcare Financial Management, novembre, pp. 30-37.

LINDEN, R.M. (1994). Seamless Government: A Practical Guide to Re-Engineering in the Public Sector, San Francisco, Jossey-Bass, 294 p.

LONGO, S.C. (1996). Has Reengineering Left you Financially Stronger, The CPA Journal, January, p.69.

LOWENTHAL, J.N. (1994). Reengineering the Organization: A Step-by Step Approach to Corporate Revitalization, Wisconsin, ASQC Quality Press, 178 p.

MACHIARELLI, N. (1931). The Prince, New York, J.M. Dent & Son LTD, 1931, 290p.

MANGANELLI, R.L. & KLEIN, M.M. (1994). The Reengineering Handbook: A Step-by-Step Guide to Business Transformation, New York, American Management Association, 318 p.

MAGARGAL, P. (1987). Modular Nursing: Nurses Rediscover Nursing, Nursing Management, Vol. 18, No. 11, pp. 98-104.

MANSOUR, F. (1994). Process Reengineering, Pour Mieux Entreprendre, volume 4, no.1, octobre, pp. 4-5.

MARSHALL, R. & YORKS, L. (1994). Planning for a Restructured, Revitalized Organization, Sloan Management Review, été, pp. 81-91.

MAY, D. & KETTELHUT, M.C. (1996). Managing Human Issues in Reengineering Projects, Journal of Systems Management, janvier/février, pp. 4-11.

MCMANIS, G.L. (1993). Reinventing the System, Hospital & Health Networks, 5 octobre, pp. 42-48.

MILLER, L.M. (1994). Whole System Architecture: Beyond Reengineering: Designing the High Performance Organization, Atlanta, The Miller Consulting Group, Inc., 299 p.

MINNICK, A., PISHKE, W., STERK, M.B. (1994). Introducing a Two-Way Wireless Communication System, Nursing Management, volume 25, no.27, juillet, pp. 42-47.

MOFFITT, G.K. (1993). Patient-Focused Care: Key Principles to Restructuring, Hospital & Health Services Administration, hiver, pp. 509-522.

MORRIS, D. & BRANDON, J. (1993). Reengineering your Business, New York, McGraw-Hill, 247 p.

MUMFORD, E. & HENDRICKS, R. (1996). Business Process Re-Engineering RIP, People Management, mai, pp. 22-29.

MURPHY, E.C. & RUFLIN, P. (1993). How to Design a Horizontal Patient-Focused Hospital, Health Care Strategic Management, mai, pp. 17-19.

O'BRIEN-PALLAS, P.M.L.L. & HODNETT, E. (1993). Work Sampling Revisited: A Technique for Understanding Nursing Work, Canadian Journal of Nursing Administration, mars/avril, pp. 20-23.

ODDLEIFSON, T.A. & GALLOWAY, M. (1990). Futures Program Staffing Model Implications, Unpublished Analysis, février.

PETERS T. (1993). L'entreprise libérée, Libération management, Paris, Dunod, 673p.

QUIST, B.D. (1992). Work Sampling Nursing Units, Nursing Management, septembre, pp. 50-51.

RIFKIN, J. (1995). The End of Work, G.P. Putnam's Sons, New York, 350p.

SAVARD, A.A. (1994). Managing Change in Business Process Reengineering, Pour mieux Entreprendre, volume 4, no.1, octobre, pp. 3-4.

SUZAKI, K. (1987). The New Manufacturing Challenge: Techniques for Continuous Improvement, New York, The Free Press, 255 p.

SHERER, J.L. (1994). Can Hospitals and Organized Labor be Partners in Redesign?, Hospital & Health Networks, 20 mars, pp. 56-58.

STRASEN, L., Redesigning Hospitals Around Patients and Technology, pp.233-238.

TAYLOR, S. (1994). The Medical Center Takes Proactive Approach to Health Care Reform, Industrial Engineering, janvier, 20 p.

TRAHANT, B. & BURKE, W.W. (1996). Traveling Through Transitions, Training & Development, February, pp. 37-41.

TSCHETTER, R.A. & SMITH, J. & KRAUSS, G.D. & ALQUIST G.D. & LATHROP J.P. & SHOWS G.P. & ZAUDER, A.D. & LEANDER W.J. (1990). Operational Restructuring - The Patient Focused Hospital, Healthcare Viewpoint Monograph series, Booz, Allen & Hamilton, Inc.

TIDIKIS, F., STRASEN, L. (1994). Patient-Focused Care Unit Improve Service and Financial Outcomes, Healthcare Financial Management, septembre, pp. 38-44.

THE ADVISORY BOARD COMPANY (1993). Measuring Patient Focused Care, Health Care Advisory Board, mars, pp. 1-5.

THE ADVISORY BOARD COMPANY (1993). Patient Focused Care Models That Utilize Multi-Functional Care Teams, Health Care Advisory Board, mars, pp. 1-18.

THE GOVERNANCE COMMITTEE (1992). Re-Engineering the Hospital: CEO Primer on Bottlenecks, Excess Cost and Lost Revenue, Washington, The Advisory Board Company, 44 p.

THOMAS, P.R. (1991). Getting Competitive: Middle Managers and the Cycle Time Ethic, New York, McGraw-Hill inc., 258 p.

TOBIN, JAMES. (1996). Special Report: Hospital Stay Less Likely To Needle Patient, The Detroit News, janvier.

TROUP, N. (1992). Patient-Focus Care: A Macro Approach to Productivity and Quality Improvement, Healthcare Executive, mai/juin, pp. 24-25.

WACHEL, W. (1994). Reengineering... Beyond Incremental Change, Healthcare Executive, juillet/août, pp. 19-21.

WEBER, DAVID, O. (1991). Six Model of Patient-Focus Care, Healthcare Forum Journal, juillet, pp.23-31.

WEBER, D.O. & WEBER, A.L. (1994). Reshaping The American Hospital, Healthcare Forum Journal, septembre/octobre, pp. 49-61.

WEISS, M.D. & GUY, D.I. (1994). Implementing Total Quality Management and Reshaping Delivery Systems in a Community Hospital, JHQ, volume 16, no.2, mars/avril, pp. 18-24.

Beyond the Basics of Reengineering: Survival Tactics for the '90s, (1994). New York, Institute of Industrial Engineers and Quality Resources, 218 p.

ANNEXE 1**20 DIAGNOSTICS LES PLUS COMMUNS DU 7 OUEST "DRG" DE 1993-1994**

No	Code	Description	Total de cas	Durée séjour
1	89	Pneumonie simple et pleurésie, sans complication	53	12.7
2	541	Affections respiratoires sauf infection, bronchite et asthme, avec complication majeure	40	16.4
3	88	Maladie pulmonaire obstructive chronique	37	12.8
4	127	Insuffisance cardiaque et choc	29	14.4
5	128	Thrombophlébite d'une veine profonde	20	10.4
6	533	Affections du système nerveux sauf ischémie cérébrale transitoire, convulsion et céphalée, avec complication majeure	20	23.3
7	90	Pneumonie et asthme, sans complication	19	5.9
8	96	Bronchite et asthme, avec complication	17	13.3
9	468	Opérations étendues, sans lien avec le diagnostic principal	17	25.3
10	82	Tumeurs de l'appareil respiratoire	15	10.1
11	175	Hémorragie gastro-intestinale, sans complication	14	6.9
12	182	Oesophagite, gastro-entérite et troubles de l'appareil digestif, avec complications	14	13.1
13	544	Insuffisance cardiaque et arythmie, avec complications majeures	14	14.2
14	154	Opérations sur l'estomac, l'oesophage et le duodénum avec complications	13	10.3
15	321	Infections de l'appareil urinaire, sans complications	13	7.7
16	557	Affections du système hépato-bilaire et du pancréas avec complications majeures	13	20.9
17	14	Affections cérébrovasculaires spécifiques sauf ischémie cérébrale transitoire	12	16.2
18	277	Cellulite, avec complication	12	10.8
19	278	Cellulite, sans complication	12	8.8
20	477	Opérations localisées, sans lien avec le diagnostic principal	12	20

ANNEXE 2

DÉTAIL DES 20 DIAGNOSTICS DES PLUS COMMUNS DE 1993-1994

Code	Total cas	Description des diagnostics	Durée séjour
89	1 3 1 1 46 1 — 53	Pneumonie à haemophilus influenzae Pneumonie à streptocoques Pneumonie due à d'autres micro-organismes Bronchopneumonie micro-organismes Pneumonie à micro-organismes, non précise Obstruction chronique des voies respiratoires, non classée	12.7
541	1 1 1 1 2 1 1 16 1 5 9 1 — 40	Néoplasme malin, bronchite majeure Tumeur maligne du lobe supérieur, bronche ou poumon Néoplasme malin, lobe moyen, bronche ou poumon Néoplasme malin, lobe inférieur, bronche ou poumon Tumeur maligne secondaire de la plèvre Embolie pulmonaire Pneumonie à streptocoques Pneumonie à micro-organismes, non précise Bronchite chronique obstructive Emphysème Obstruction chronique des voies respiratoires, non classée Hypoxie hypercapnique, problème respiratoire	16.4
88	1 3 32 1 — 37	Emphysème Bronchectasie Obstruction chronique des voies respiratoires, non classée Irritabilité du colon	12.8
127	17 12 — 29	Insuffisance cardiaque globale Insuffisance cardiaque gauche	14.4
128	20 20	Phlébite et thrombophlébite profondes des membres inférieurs	10.4
533	1 3 1 1 1 1 5 2 2 1 2 — 20	Meningite à enterovirus sai Tumeur maligne secondaire du cerveau et de la moelle épinière Tumeur maligne secondaire d'autres parties du système nerveux Hydrocéphalique occlusive Troubles du système nerveux autonome sai Lésion en encéphalique par anoxie Hémorragie cérébrale Occlusion des artères cérébrales sai Maladies cérébro-vasculaires aiguës, mal définies Coma et stupeur Complications au niveau du système nerveux central	23.3

Code	Total cas	Description des diagnostics	Durée séjour
90	1 1 <u>17</u> 19	Pneumonie à pneumocoques Pneumonie due à d'autres micro-organismes, précise Pneumonie à micro-organismes, non précise	5.9
96	4 1 11 <u>1</u> 17	Bronchite aiguë Bronchite sai Asthme, sans précision Autres maladies de la trachée et des bronches, non classées	13.3
468	1 1 1 1 1 1 2 1 1 1 1 1 1 1 1 <u>1</u> 17	Syndrome de behcet Tumeur maligne des 2/3 antérieurs de la langue Néoplasme malin, bronches principales Tumeur maligne secondaire du foie Agranulocytose Maladies cérébro-vasculaires aiguës mal définies Pneumonie à micro-organismes, non précise Obstructions chroniques des voies respiratoires, non classées Fibrose postinflammatoire du poumon Cirrhose du foie sans mention d'alcool Pancréatite aiguë Infection des voies urinaires de siège, non précise Systémique lupus erythémateux (sites multiples) Ostéomyélite sans précision cheville et pied Perte de poids anormale Complications au niveau du système nerveux central	25.3
82	1 3 1 2 1 3 1 <u>3</u> 15	Tumeur maligne de la bronche souche Tumeur maligne du lobe supérieur bronche ou poumon Néoplasme malin, lobe moyen, bronche ou poumon Tumeur maligne du lobe inférieur, bronche ou poumon Autres tumeurs malignes de la trachée des bronches Néoplasme malin des bronches ou poumons Tumeur maligne, secondaire du poumon Tumeur maligne, secondaire de la plèvre	10.1
175	1 1 1 1 3 2 <u>5</u> 14	Infarctus aigu du myocarde Maladies gingivales et périodontales sai Ulcère aigu de l'estomac avec hémorragie Ulcère aigu du duodénum avec hémorragie Ulcère du duodénum chronique ou non précise avec hémorragie Melaena Hémorragie gastro-intestinale, sans précision	6.9

Code	Total cas	Description des diagnostics	Durée séjour
182	2 1 1 3 2 1 1 1 1 1 <u>1</u> 14	Infection intestinale/autres bactéries précises Oesophagite Autres gastrites Autres gastro-entérites et colites non infectieuses Diverticule du colon Irritabilité du colon Syndrome de l'anse afférente Douleur thacique Nausées et vomissements Douleurs abdominales	13.1
154	1 2 2 1 4 1 1 <u>1</u> 13	Néoplasme malin, grande courbature Varices oesophagiennes hémorragiques Oesophagite Ulcère aigu de l'estomac avec hémorragie Ulcère de l'estomac chronique ou non précise avec hém. Ulcère du duodenum sai, sans mention d'hémorragie Gastrite atrophique Hémorragie gastro-intestinale, sans précision	10.3
321	8 1 <u>4</u> 13	Pyelonéphrite aiguë et pyonephrose aiguë Pyelonéphrite ou pyonephrose non précisée aigue ni chronique Infection des voies urinaires de siège, non précise	7.7
557	1 3 4 2 1 1 <u>1</u> 13	Hépatite virale B avec coma hépatique Cirrhose du foie sans mention d'alcool Coma Hépatique Angiocholite Pancréatite aigue Maladie du pancréas sai Gangrène	20.9
14	2 1 7 <u>2</u> 12	Hémorragie cérébrale Embolie cérébrale Occlusion des artères cérébrales sai Maladies cérébro-vasculaires aigues, mal définies	16.2
277	2 2 6 1 <u>1</u> 12	Autres phlegmons et abcès de la face Autres phlegmons et abcès du bras et l'avant-bras Autres phlegmons et abcès de la jambe et cuisse Autres phlegmons et abcès du pied Autres traumatismes superficiels sai/hanche	10.8

Code	Total cas	Description des diagnostics	Durée séjour
278	1 1 2 5 <u>3</u> 12	Panaris des orteils Autres phlegmons et abcès du tronc Autres phlegmons et abcès du bras et l'avant bras Autres phlegmons et abcès de la jambe et cuisse Autres phlegmons et abcès du pied	8.8
477	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 <u>1</u> 12	Néoplasme malin, ampoule d'eau Tumeur maligne de la vessie, autres sièges Diabète sucré de l'adulte sans mention de complication Anémies par carence en fer Anémies hémolytiques par autoanticorps Néphropathie due à l'hypertension sans précision Infarctus aigu du myocarde Autres troubles du rythme cardiaque Insuffisance cardiaque globale Insuffisance cardiaque gauche Mauvais fonctionnement d'une trachéostomie Cirrhose alcoolique du foie	20

ANNEXE 3**20 DIAGNOSTICS LES PLUS COMMUNS DU 7 OUEST "DRG" DE 1994-1995**

No.	Code	Description	Total de cas	Durée séjour
1	89	Pneumonie simple et pleurésie, sans complication	61	10.0
2	541	Affections respiratoires sauf infection, bronchite et asthme, avec complication majeure	35	12.9
3	88	Maladie pulmonaire obstructive chronique	25	11.3
4	90	Pneumonie simple et pleurésie, sans complication	23	6.7
5	128	Thrombophlébite d'une veine profonde	23	6.7
6	544	Insuffisance cardiaque et arythmie, avec complication majeure	22	16.6
7	277	Cellulite, avec complication	19	7.8
8	416	Septicémie	18	10.7
9	82	Tumeurs de l'appareil respiratoire	17	11.5
10	179	Maladie inflammatoire de l'intestin	17	9.1
11	708	Infections associées au HIV, sans usage d'opiage	17	15.7
12	79	Infections et inflammations respiratoires, avec complication	16	21.3
13	97	Bronchite et asthme, sans complication	16	5.9
14	127	Insuffisance cardiaque et choc	16	8.5
15	468	Opérations étendues, sans lien avec le diagnostic principal	16	23.0
16	14	Affections cérébrovasculaires spécifiques sauf ischémie cérébrale transitoire	14	8.0
17	475	Affections de l'appareil respiratoire avec ventilation mécanique	14	32.4
18	320	Infection de l'appareil urinaire, avec complication	13	9.8
19	278	Cellulite, sans complication	13	5.8
20	154	Opérations sur l'estomac, l'oesophage et le duodénum avec complication	13	9.4

ANNEXE 4
COMPILATION GLOBALE DES DIAGNOSTICS PUMONAIRES
ET GASTRIQUES POUR L'HGJ

DIAGNOSTICS MÉDICAUX PULMONAIRES			DIAGNOSTICS MÉDICAUX GASTRIQUES		
CODE DRG	1993-1994	1994-1995	CODE DRG	1993-1994	1994-1995
78	15	9	172	42	43
79	26	34	173	14	18
80	10	18	174	36	50
82	62	63	175	85	76
83	0	1	176	1	5
84	0	1	177	4	3
85	3	6	178	7	3
86	3	10	179	45	50
87	0	3	180	30	36
88	111	112	181	63	47
89	161	176	182	103	102
90	86	89	183	129	125
92	2	3	188	35	26
93	2	3	189	26	20
94	3	1	551	26	11
95	6	9	552	38	42
96	45	40	776	0	0
97	100	126	777	1	1
99	7	12	778	1	1
100	4	3	779	0	3
101	13	9			
102	8	15			
475	1	40			
540	20	23			
541	91	109			
542	9	14			
631	6	4			
740	0	0			
770	0	0			
771	0	0			
772	0	0			
773	0	0			
774	0	0			
775	0	0			
TOTAL	794	933	TOTAL	686	662

ANNEXE 5

FORMULES STATISTIQUES

La formule statistique utilisée pour calculer la variance (S2) a été déterminée d'après l'échantillon étudié puisque la variance de la population était inconnue. Voici une liste des formules mathématiques utilisées:

$$\text{Moyenne: } \bar{X} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i \quad \text{Écart type: } S = \sqrt{\text{var}(x_i)}$$

$$\text{Variance: } S^2 = \frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2$$

DISTRIBUTION DU t DE STUDENT

L'intervalle aléatoire retenu pour notre distribution du t de Student va contenir la valeur du paramètre inconnu avec une probabilité de 95%. Cette probabilité va être désignée par $1 - \alpha$, et sera appelée le niveau de confiance de l'intervalle. La probabilité complémentaire α mesure le risque d'erreur de l'intervalle, c'est-à-dire, la probabilité que l'intervalle ne contienne pas la vraie valeur de l'inconnu:

$$P(LI \leq 0 \leq LS) = 1 - \alpha \text{ où}$$

0 = paramètre à estimer

LI= limite inférieure de l'intervalle de confiance

LS= limite supérieure de l'intervalle de confiance

$1-\alpha$ = niveau de confiance de l'intervalle

$$\text{t Student: } \bar{X} (\pm) t_{\alpha/2} \times S/\sqrt{n} \text{ où } t_{\alpha/2} \text{ est une valeur de la distribution du t à } (n-1) \text{ degrés de liberté}$$

ANNEXE 6

HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF - SIR MORTIMER B. DAVIS
 THE SIR MORTIMER B. DAVIS - JEWISH GENERAL HOSPITAL



Dr. Jack Mendelson,

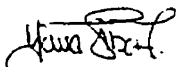
A study of patient focused care is currently underway at the nursing unit 7 west. The objective is to improve the quality of care given at the Jewish General Hospital. Its' final goal is to reduce the length of patient stay. This study of health care reengineering is part of a Masters degree thesis in collaboration with l'École Polytechnique de Montréal.

A strategic step in the project is to analyze the care activities during a patient's stay on the nursing unit. Information concerning movements, tests, types of care, and the different health care personnel involved in these activities have to be collected. This information will be collected during a period of eight weeks by a team composed of the project coordinator and a nurses from 7 west. The selected categories of patients are: Pulmonary, Gastroenterology, and Infectious Diseases.

This study is done with the approval of the nursing staff of the unit. All answers will remain confidential, and will serve only for research purposes.

As chairman of the research and ethics committee, your approval of this project is of great importance and hopefully the data collected will contribute to improve the quality of care given to all our patients.

Sincerely yours,


 Yanai Elbaz
 Project coordinator



HÔPITAL D'ENSEIGNEMENT DE L'UNIVERSITÉ MCGILL - A MCGILL UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL

3755 CHEMIN DE LA CÔTE-SÈ-CATHERINE, MONTRÉAL (QUÉBEC) H3T 1E2
 TÉL. : (514) 340-8222 FAX : (514) 340-7510

HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF - SIR MORTIMER B. DAVIS
 THE SIR MORTIMER B. DAVIS - JEWISH GENERAL HOSPITAL



May 17, 1995

Dr. Jack Mendelson,

Following our conversation on May 15 concerning the approval of the Ethics committee for the project on patient focused care on the 7 west nursing unit, I wish to thank you for your support.

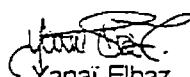
As agreed, there will be no direct patient involvement, no patient intervention, and no questionnaires will be filled out by the patients. This project is merely an observation of the patient's activities on the health care unit.

All methodological aspects of this research are supervised by the École Polytechnique de Montréal Master's degree program.

This study has already been approved by the nursing staff of the unit. Please rest assured that all personal information will remain confidential.

Thank you for your much appreciated approval and collaboration.

Sincerely yours,


 Yanai Elbaz
 Project coordinator



HÔPITAL D'ENSEIGNEMENT DE L'UNIVERSITÉ MCGILL - A MCGILL UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL

3755 CHEMIN DE LA CÔTE-STE-CATHERINE, MONTRÉAL (QUÉBEC) H3T 1E2
 TÉL. : (514) 340-8222 FAX : (514) 340-7510

HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF – SIR MORTIMER B. DAVIS
 THE SIR MORTIMER B. DAVIS – JEWISH GENERAL HOSPITAL



JACK MENDELSON, M.D.C.M., M.S., FRCPC
 DEPARTMENT OF MICROBIOLOGY 340-8294
 DEPARTMENT OF MEDICINE, DIVISION OF INFECTIOUS DISEASES
 PROFESSOR OF MEDICINE AND MICROBIOLOGY
 MCGILL UNIVERSITY

May 23, 1995

Mr. Y. Eibaz
 Director of Laundry
 SMBD-Jewish General Hospital

Dear Mr. Eibaz,

Your project entitled "Patient Care Analysis" has been approved.

Sincerely,

J. Mendelson, M.D.
 Chairman, Research and Ethics Committee

JM:mc



HOPITAL D'ENSEIGNEMENT DE L'UNIVERSITÉ MCGILL — A MCGILL UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL

3755, CHEMIN DE LA CÔTE-SAINTÉ-CATHERINE, MONTREAL (QUEBEC) H3T 1E2

ANNEXE 7**PROTOCOLE D'OBSERVATION**

**ANALYSE DE L'ADMINISTRATION DES SOINS AUX PATIENTS
À L'UNITÉ DE SOINS 7 OUEST**

HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF

MÉTHODE POUR COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE

Dans la première page du questionnaire, il faut indiquer des informations concernant l'admission du patient à l'hôpital.

Dans les pages suivantes du questionnaire, intitulées "Journée d'hospitalisation", il est nécessaire de prendre en note pour chaque journée d'hospitalisation les deux points suivants:

- ▶ **Le personnel soignant:** personnel donnant des soins directs au patient auprès de l'unité de soins.

.Infirmière	.Équipe d'électrocardiogramme
.Médecin	.Équipe d'intraveineuse (prise de sang)
.Diététiste	.Équipe de soins de la peau
.Physiothérapeute	.Équipe d'intraveineuse centrale (artère)
.Pharmacien	.Équipe de gériatrie
.Radiologiste	.Équipe de soins palliatifs(support moral)
.Travailleur social	.Équipe de maladies infectieuses
.Équipe de paralysie	

Excluez le personnel qui s'occupe de:

- .changer les draps et de faire la toilette;
- .l'entretien ménager;
- .la distribution des repas.

- ▶ **Les services complémentaires:** soins offerts à l'extérieur de l'unité de soins.

- .Radiologie (rayons X)
- .Médecine nucléaire (tests nucléaires)
- ."CT scan" (test de scanner)
- .Cardiologie (test de cœur)
- .Laboratoire vasculaire (tests des vaisseaux sanguins)
- .Laboratoire gastrique (tests de l'estomac)
- .Pulmonaire (tests des poumons)
- .Cliniques externes (yeux, dentiste)

Veuillez noter l'heure à laquelle chaque activité de soins est fournie. Concernant les services complémentaires de soins, veuillez indiquer l'heure à laquelle le patient quitte l'unité de soins et l'heure à laquelle il y revient.

À titre d'exemple, veuillez trouver en annexe un exemple type d'une "journée d'hospitalisation".

Pour toute information supplémentaire sur la manière de remplir le questionnaire, n'hésitez pas à contacter à tout moment l'une des trois personnes suivantes:

.Yanaï Elbaz (Extension 1798)
.Agent d'unité (Extension 5711)
.Antoinette Ehrler (Extension 5711)

Avec mes sincères remerciements.

Yanaï Elbaz
Responsable du projet

ADMISSION À L'HÔPITAL

1. Le patient a-t-il été admis à l'hôpital par le service de l'urgence ou de l'admission?

Urgence _____

Admission _____

2. À quelle date et à quelle heure le patient a-t-il été admis à l'urgence de l'hôpital?

Date d'admission: _____

Heure d'admission: _____

3. Le patient a-t-il été admis à une unité de soins transitoire (autre que 7 ouest) lors de son transfert de l'urgence (si non passez la question 4)?

Nom de l'unité de soins: _____

Date d'admission: _____

Heure d'admission: _____

4. À quelle date et à quelle heure le patient a-t-il été admis à l'unité de soins 7 ouest?

Date d'admission: _____

Heure d'admission: _____

5. Quels sont le sexe et la catégorie d'âge du patient?

Sexe: M _____ F _____

Âge:	20 à 29 ans _____	60 à 69 ans _____
	30 à 39 ans _____	70 à 79 ans _____
	40 à 49 ans _____	80 à 89 ans _____
	50 à 59 ans _____	90 ans et plus _____

6. Quelle est la raison d'hospitalisation du patient?

Gastrique: _____

Pulmonaire: _____

Autre: _____

Journée d'hospitalisation No.

Date:___ Chambre du patient:___ Infirmières:J_S_N_

1) Jour (7h00 à 15h00)

Heure
début / fin

Personnel soignant

Type de soins

[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.[illegible]Heure
début / fin

Service complémentaire

Type de soins

[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be a standard notebook page or a sheet of stationery.

2) Soir (15h00 à 23h00)

Heure début / fin	Personnel soignant	Type de soins
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____

Heure début / fin	Service complémentaire	Type de soins
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____

3) Nuit (23h00 à 7h00)

Heure début / fin	Personnel soignant	Type de soins
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____

Heure début / fin	Service complémentaire	Type de soins
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____
___ / ___	_____	_____

Journée d'hospitalisation No.

PROTOCOLE D'OBSERVATION GÉNÉRAL DE L'ADMINISTRATION DES SOINS

Date: _____ Chambre du patient: _____ Infirmières: J _ S _ N _

1. Évolution du traitement du patient:

2. Type de soins généraux:

3. Services complémentaires:

4. Test de sang de routine (cbc / pt,ptt / sma7 / p4 / other):

Exemple d'une journée d'hospitalisation No.1

Date: 95/06/01 **Chambre du patient:** 736a **Infirmières:** Marie, Josée, Anne

1) Jour (7h00 à 15h00)

<u>Heure début / fin</u>	<u>Personnel soignant</u>	<u>Type de soins</u>
8:00 / 8:05	Thérapie respiratoire	Ventillation masque
8:15 / 8:35	Infirmière (Marie)	Test de sang/signes v.
8:45 / 8:50	Équipe intraveineuse	Prise de sang
9:45 / 9:50	Infirmière (Marie)	Bain et habillage
10:10 / 10:20	Infirmière (Marie)	Donner médicaments
10:40 / 10:50	Médecin (pulmonaire)	Question état respira.
11:40 / 11:50	Thérapie respiratoire	Traitement d'oxygène
12:15 / 12:30	Infirmière (Sandra)	Test de sang/ signes v.
14:10 / 14:20	Infirmière (Marie)	Médicaments/ pansement
14:30 / 14:45	Infirmière (Marie)	Amener patient toilette
14:45 / 14:55	Physiothérapeute	Mobilisation/ exercice
____ / ____	_____	_____
____ / ____	_____	_____

<u>Heure début / fin</u>	<u>Service complémentaire</u>	<u>Type de soins</u>
9:00 / 9:40	Pulmonaire	Test des bronches
13:00 / 14:00	Radiologie	Rayon x poumons
____ / ____	_____	_____
____ / ____	_____	_____

2) Soir (15h00 à 23h00)

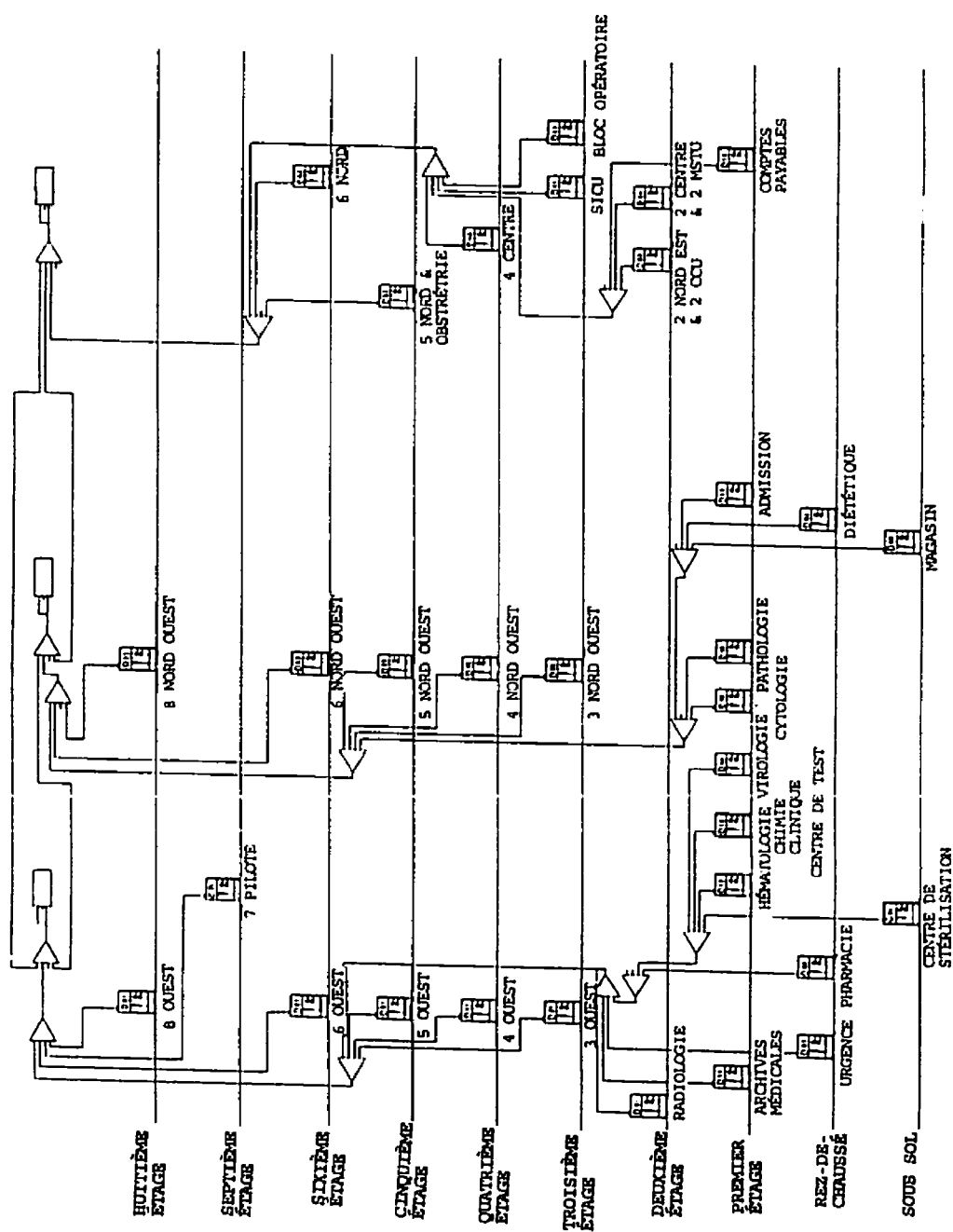
Heure début / fin	Personnel soignant	Type de soins
15:00 / 15:15	Médecin endocrinologie	Questions médicales
15:40 / 15:55	Travailleur social	Support sociaux
16:00 / 16:05	Infirmière (Josée)	Signes vitaux/médicament
16:20 / 16:25	Médecin	Parle au patient/famille
16:30 / 16:35	Thérapie respiratoire	Test d'oxygène
17:15 / 17:35	Infirmière (Josée)	Changement intraveineuse
19:00 / 19:10	Infirmière (Josée)	Prise de sang, toilette
20:45 / 21:05	Infirmière (Josée)	Médicament/parle famille
21:30 / 21:35	Thérapie respiratoire	Test/traitement oxygène
21:35 / 21:40	Infirmière (Josée)	Pansement/signes vitaux
21:50 / 22:00	Médecin sur appel	Examine le patient
____ / ____	_____	_____
Heure début / fin	Service complémentaire	Type de soins
____ / ____	_____	_____
____ / ____	_____	_____

3) Nuit (23h00 à 7h00)

Heure début / fin	Personnel soignant	Type de soins
23:00 / 23:05	Infirmière (Anne)	Médicament/suivi patient
24:15 / 24:20	Thérapie respiratoire	Test/traitement oxygène
3:30 / 3:35	Infirmière (Anne)	Amener patient toilette
4:35 / 4:40	Thérapie respiratoire	Test/traitement oxygène
4:50 / 4:55	Infirmière (Anne)	Médicaments
6:30 / 6:50	Infirmière (Anne)	Signes vitaux, oxygène
____ / ____	_____	_____
____ / ____	_____	_____
Heure début / fin	Service complémentaire	Type de soins
____ / ____	_____	_____
____ / ____	_____	_____

ANNEXE 8

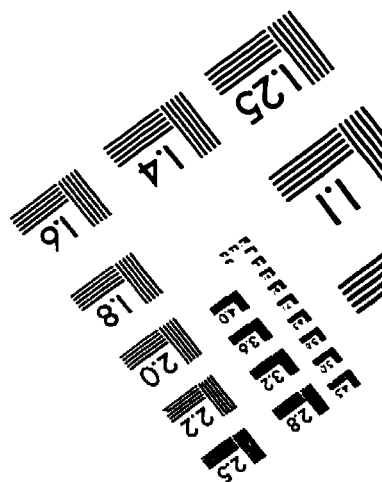
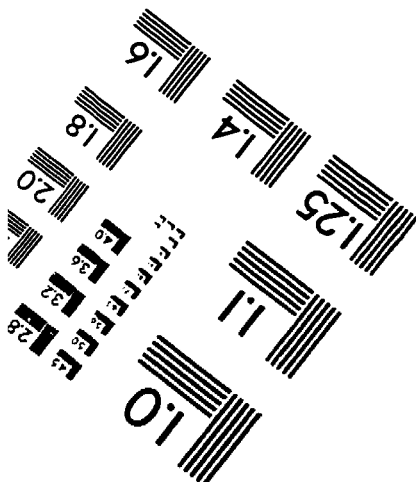
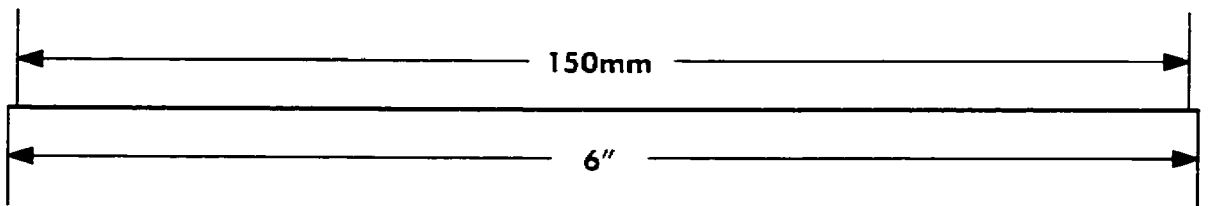
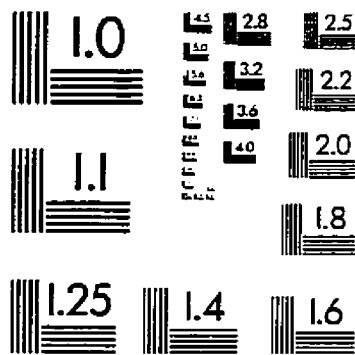
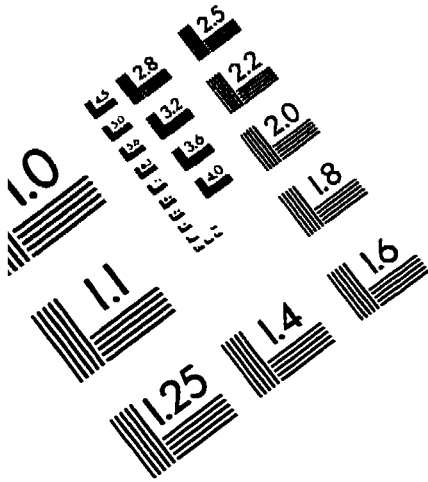
AMÉNAGEMENT DES STATIONS DU SYSTÈME DE TUBE PNEUMATIQUE



ANNEXE 9**DURÉES DE SÉJOUR PAR SERVICE À L'HÔPITAL ST-JOSEPH**

SERVICE	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96
Cardiologie	6.6	6.2	5.7	5.4
Endocrinologie	8.6	7.5	6.5	7.1
Gastroentérologie	5.6	4.9	4.8	4.7
Néphrologie	6.9	6.5	6.1	5.3
Neurologie	8.7	8.5	8.0	6.0
Respiratoire	6.4	6.2	6.1	6.1
Pédiatrie	3.5	3.3	2.9	2.8
Opération générale	4.8	4.9	4.7	4.9
Cardiovasculaire	6.0	5.6	4.9	5.0
Orthopédie	8.3	7.9	7.5	7.2
Plastique	2.6	2.6	2.8	2.3
Opération thoracique	6.1	6.0	4.7	4.7
Urologie	4.3	4.3	4.2	3.8
Obstétrique/Génecologie	3.5	3.3	2.9	2.8
Otolarynguologie	1.2	1.2	1.2	1.3
Ophthalmologie	1.2	1.4	1.3	1.6
Gériatrie	16.5	11.2	9.7	9.2
Psychiatrie	12.0	11.2	9.6	12.0
Durée de séjour moyen cas typiques seulement	5.0	4.8	4.4	4.5
Durée de séjour moyen tous les cas	6.8	6.5	6.2	6.2

IMAGE EVALUATION TEST TARGET (QA-3)



APPLIED IMAGE, Inc.
1653 East Main Street
Rochester, NY 14609 USA
Phone: 716/482-0300
Fax: 716/288-5989

© 1993, Applied Image, Inc., All Rights Reserved